Rok XXXIX. Kraków, 12 Maja 1900. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem rozszerzeń i jam oskrzelowych.

(Spostrzeżenie kazuistyczne).

Podał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego d. 9 marca 1900).

Dnia 13 listopada 1899 zgłosił się do kliniki chirurgicznej chory, Antoni W., liczący lat 14 i podał następujące wywiady:

Rodzice żyją i są zdrowi. Z dziesięciorga rodzeństwa czworo zmarło w niemowlęctwie, z powodów nieznanych choremu, sześcioro żyje i wszyscy są zdrowi. Nikt w rodzinie chorego, nawet dalszej nie cierpi na chorobę piersiową. Sam chory przebyć miał w dzieciństwie krztusiec i jakąś chorobę osutkową, może odrę. Trzynaście lat temu chorował na zimnicę przez 4 tygodnie. Przed ośmioma laty miał mieć różę na twarzy przez kilka tygodni. W r. 1894 (a więc przed 5 laty) przebył włóknikowe zapalenie płuc, nie może sobie jednak przypomnieć, po której stronie.

Kaszle od pierwszych lat życia. Kaszel był zawsze uporczywy, nie miał jednak żadnych szczególniejszych cech. Dopiero od $1^1/_2$ roku zauważył chory, że kaszel następuje w napadach pojedynczych, kilka razy dziennie; za każdym razem odpluwa chory znaczniejszą ilość, nierzadko do dwóch łyżek plwocin naraz. W tymże mniej więcej czasie zauważył, że napad kaszlu zależy często od pozycyi, w jakiej się położy, mianowicie gdy leży na wznak, lub jeszcze lepiej na lewym boku, kaszel go nie męczy tak, że w tem położeniu przesypia spokojnie całą noc. Skoro się jednak położy na boku prawym, natychmiast prawie występuje gwałtowny napad kaszlu, czasami połączony z dusznością i obfitem odpluwaniem Często po takim napadzie występuje krwawienie z nosa. Ostatni raz zdarzyło się to przed miesiącem. Od roku nastąpiło pogorszenie o tyle, że plwociny zaczęły cuchnąć w sposób przykry dla chorego i jego otoczenia. Zresztą jednak czuje się chory wcale nie najgorzej. Leczył się rozmaitymi środkami wewnętrznymi, wyjeżdżał do Szczawnicy i t. d., gdy jednak wszystko to nie sprawiało żadnego widocznego polepszenia, zgłasza się po pomoc do kliniki chirurgicznej.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kośćca dobra, odżywienie dobre. Barwa włosów ciemno-żółta, na twarzy liczne piegi. Skóra i błony śluzowe blado-różowe. Na wargach mierna sinica. W jamie ustnej zmian niema. Szyja krótka, gruba. Ogólna budowa klatki piersiowej dobra. Dołek nadobojczykowy lewy bardziej wypełniony, niż prawy, poniżej z przodu obie połowy klatki piersiowej jednakowo, dobrze wysklepione. Natomiast ruchomość prawej połowy kl. pier. jest o wiele wybitniejsza, niż lewej. Drżenie po obu stronach z przodu jednakowe. Odgłos wypukowy (z przodu) w szczycie prawym jawny, granica ruchoma, ustawiona 4 palce ponad obojczykiem. Nad szczytem lewym nieznaczne przytłumienie, granica nieruchoma i niżej ustawiona, niż po stronie prawej. Nad obojczykiem prawym odgłos wypukowy jawny, nad lewym wyraźnie przytłumiony; poniżej, po stronie prawej, jawny do brzegu górnego VII. żebra, granica ruchoma; po stronie lewej przytłumiony do górn. brzegu IV żebra, granica nieruchoma. W linii pachowej średniej po stronie prawej odgłos wypukowy jawny do górn. brzegu IX żebra; granica ruchoma. W symetrycznej linii po stronie lewej w górze odgłos wypukowy lekko przytłumiony do górn. brzegu V żebra, poczem staje się zupełnie stłumiony, czczy i przechodzi bezpośrednio w stłumienie śledzionowe.

Szmery oddechowe (z przodu): Powyżej obojczyków po obu stronach wdech pęcherzykowy, wydech nieoznaczony. Tak samo zachowują się szmery poniżej obojczyków i w liniach pachowych po obu stronach, z tą różnicą, że po stronie lewej są o wiele słabsze, niż po stronie prawej i że wdechowi po stronie prawej towarzyszą nieliczne furczenia. Od tyłu na klatce piersiowej stwierdzono: Ruchomość prawej połowy wydatniejsza, niż lewej. Drżenie wyczuwalne po całej stronie prawej, a po lewej tylko do kąta łopatki, poniżej niewyczuwalne. Odgłos wypukowy po całej prawej stronie jawny, sięga od wyrostka ciernistego VII kręgu szyjnego do dolnego brzegu XI żebra; granice górna i dolna ruchoma. Natomiast po stronie lewej odgłos wypukowy lekko przytłumiony w szczycie, sięga do dolnego kąta łopatki, przechodzi w wyraźny odgłos bębenkowy, zajmujący przestrzeń około 4 palców poprzecznych, a ku dołowi przechodzi w odgłos zupełnie czczy. Przysłuchem stwierdza się po stronie prawej wdech pęcherzykowy, wydech nieoznaczony, wszędzie dobrze słyszalny. Po stronie lewej w górze wdech i wydech prawidłowe, jakkolwiek słabsze, niż po stronie prawej, niżej w czasie wdechu liczne rzężenia różnobańkowe, które na przestrzeni odgłosu bębenkowego przybierają wyraźny odcień dźwięczny.

Stłumienie bezwzględne serca sięga od górnego brzegu IV żebra do lewego brzegu mostka, na zewnątrz zlewa się ze stłumieniem nad płucami. Uderzenie koniuszkowe rozlane, widzialne i macalne w V i VI przestworze międzyżebrowym w linii pachowej przodkowej. Akcya serca spokojna, miarowa. Tony czyste. — Wątroba i śledziona niemacalne, wypukiem niepowiększone. Nad resztą brzucha odgłos bębenkowy.

Ostatnie członki u palców rąk bardzo wyraźnie pałeczkowato zgrubiałe, paznogcie pazurowato zakrzywione. Obrzęków około kostek niema. Zgrubienia na palcach stóp niema.

Przez igłę strzykawki, wbitą w lewą połowę klatki piersiowej z tyłu w IX przestworze międzyżebrowym nic się nie daje wyciągnąć ani też po odjęciu strzykawki powietrze przez igłę nie wchodzi do klatki piersiowej. Podczas ruchów oddechowych, nawet wydatnych, igła wykonywa bardzo nieznaczne wahania.

W moczu nie wykryto żadnych nieprawidłowych składników.

Plwociny cuchnące, w ilości 300—500 cm. sześć. na dobę. Mimo kilkakrotnych poszukiwań nie wykryto w nich prątków Kocha. Bakteryologicznie wykazano w nich: paciorkowce, gronkowce i czworniaki

Podczas spostrzegania klinicznego od dnia 13 do 22. listopada 1899 wielokrotnie naocznie stwierdzaliśmy podanie chorego co do napadowego występowania kaszlu, zwłaszcza po ułożeniu się na boku prawym. Ilość plwocin była dużą, wahała się od 300 do 500 ctm. sześć. Plwociny wydawały woń mdłą, gnilną. Olejek terpentynowy podawany stale 3 razy dziennie po 0.50 w torebkach żelatynowych, wziewania olejku sosnowego, picie wody szczawnickiej, nie wywierały wcale wpływu ani na ilość, ani na jakość plwocin.

Gdy przeto po kilkakrotnem badaniu i wykluczeniu wszystkich spraw podobnych zyskaliśmy pewność, że mamy

do czynienia z pierwotną jamą oskrzelową, usadowioną przeważnie, jeśli nie wyłącznie, w dolnym, lewym płacie płuc, gdyż inne zmiany, znalezione w temże płucu, uważaliśmy za odczynowe, jeśli również nie pierwotne, bujanie tkanki łącznej płuc, sprowadzające ich skurczenie się (retrakcyę), przystąpiliśmy dnia 22 listopada 1899 do operacyi. Wiedzieliśmy o tem, że taka operacya t. j. nacięcie płuc, nie łączy się z większemi niebezpieczeństwami dla chorego, zwłaszcza tam gdzie są zrosty opłucnowe. A tych u naszego chorego spodziewaliśmy się prawie na pewno. Za istnieniem zrostów opłucnowych, pomijając już długie trwanie choroby, przemawiały: nieruchomość granic po całej lewej stronie i próba z igłą. O znaczeniu zrostów pomówimy jeszcze później. Znaczne zaś są niebezpieczeństwa dla życia chorych, połączone z istnieniem jam oskrzelowych, zwłaszcza zaś z temi ich postaciami, w których wydzielina ulega już gniciu, jak było w naszym przypadku. Nie spodziewaliśmy się zaś i choremu nie zapowiadaliśmy zupełnego wyleczenia, gdyż to należy do wyjątków. Sądziliśmy jednak, że zapewniwszy szybki i swobodny odpływ wydzielinie z jam oskrzelowych osiągniemy poprawę, jeśli nie nadzwyczajną, to w każdym razie taką, która zrównoważy znaczenie zabiegu i ból chorego z jednej strony, a z drugiej nasze trudy. I nie zawiedliśmy się. Operował Radca Dworu Prof. Dr. L. Rydygier. Od myśli narkozy ogólnej musieliśmy odstąpić. Wtedy bowiem podczas operacyi trzebaby chorego ułożyć na prawym boku, i zdarzyćby się mogło, że chory wdychałby gnijącą plwocinę do oskrzeli płuca prawego, a obawialiśmy się następstw tego zdarzenia. Usadowiliśmy przeto chorego po napoleońsku na krzesełku, płynem Schleicha znieczuliliśmy skórę i części miękie w okolicy IX żebra i wypiłowali zeń kawałek żebra długości około 10 ctm. licząc na szerokość dłoni od kręgosłupa. Tę część operacyi zniósł chory prawie bez bólu. Po wyjęciu żebra przekonaliśmy się, że zrost opłucnej ściennej z opłucną trzewiową istnieje, wprawdzie nie taki zbity i bliznowaty, jakiegośmy oczekiwali, lecz przeciwnie wiotki, — ale wystarczający, by jamę opłucnową uchronić przed zakażeniem. Igiełką, wbitą przez ranę zewnętrzną w płuco, przekonaliśmy się, że znajdujemy się tuż ponad jamą, gdyż z głębi dawał się wyciągnąć płyn ropny o cechach odkrztuszanej plwociny i koniec igły w głębi poruszał się swobodnie we wszystkich kierunkach. Zaczem pomni przepisów, zalecanych w podręcznikach i monografiach, podaliśmy operującemu rozpalone żegadło Pacquelina, by niem otworzyć płuco. To jednak okazało się niepraktycznem w użyciu i wnet wymieniliśmy je na nóż, którym otwartą została jama nie wiele większa od orzecha włoskiego; wylało się z niej kilkanaście gramów plwociny ropnej i mocno cuchnącej. Mimo uczucia, że operacya nie jest zupełną, że należałoby z odsłoniętej szczęśliwie jamy odszukać inne i te od strony odnalezionej pootwierać, zakończono na razie operacyą, gdyż chory gwałtownie kaszlał, był bardzo niespokojny i uskarżał się na wielki ból. Ranę zatem tymczasowo wytamponowano, obiecując sobie i choremu, że dalszy ciąg operacyi nastąpi.

Tymczasem, na drugi dzień po operacyi, trzeba było zmienić opatrunek, gdyż chory uskarżał się bardzo na różne dolegliwości w ranie. W opatrunku znaleźliśmy dużą ilość wydzieliny ropnej, jakkolwiek chory przez usta odkrztusił dawną, a więc także znaczną ilość. Pierwsza okoliczność wskazywała na to, że i przez istniejącą już ranę treść oskrzeli dostatecznie odpływa. Założyliśmy zatem do rany w miejsce tamponu z gazy jodoformowej sączek gumowy, który wszedł w ranę na głębokość 6—8 ctm. i zmieniliśmy plan następowego leczenia o tyle, iż postanowiliśmy czekać przez kilka dni, zanim przystąpimy do dalszych części operacyi. Przez ten czas zaś zmienialiśmy opatrunki codziennie, przemywaliśmy sączek i wlewaliśmy przezeń mięszankę jodoformu z gliceryną. Wśród tego już 7ego dnia po operacyi plwocina nietylko przestała zupełnie cuchnąć, lecz i ilość jej zmniejszyła się o połowę. Odtąd już ciągle miało się ku lepszemu t. j. chory coraz to mniej odkrztuszał, tak że w miesiąc po operacyi już nie wiele co kaszlał i kaszel stał się suchym, a przedtem jeszcze mógł się chory układać swobodnie, na który bok mu się podobało. Ponieważ sączek gumowy w przetoce nie dobrze siedział, wymieniliśmy go na rurkę z ołowiu z bocznymi otworkami i tarczką, którą się o skórę opiera i wypisaliśmy chorego z kliniki stałej, lecząc go dalej w klinice przychodniej. Zmiana opatrunku polega na tem, że codziennie, lub co drugi dzień wyjmujemy sączek, przemywamy go dobrze, wkładamy go do przetoki napowrót, przez sączek przepłókujemy oskrzela 3% roczczynem boru, przyczem chory gwałtownie kaszle, wyrzucając bor nosem i ustami, a po przepłókaniu wlewamy kilkanaście gramów zawiesiny jodoformu w glicerynie, co również chorego pobudza do gwałtownego kaszlu. W opatrunku zawsze jeszcze dużo wydzieliny śluzowo-ropnej i dlatego nie dążymy do zamknięcia przetoki zewnętrznej. Od myśli tej odwodzi nas jeszcze i ta okoliczność, że gdyśmy celem próby zamknęli tymczasowo przetokę zatykając sączek zwitkiem z gazy jodoformowej, chory poczynał przez usta odkrztuszać plwocinę w większej ilości.

Chory nasz zatem, dzięki pneumotomii, nie został wprawdzie zupełnie uleczonym, doznał jednakowoż tak znakomitej ulgi, jakiej nie zdołalibyśmy osiągnąć żadnym innym sposobem.

A z niechęcią i z nieufnością przystępowaliśmy do operacyi. Ani znane stosunki anatomo-patologiczne, ani też dane z literatury nie zachęcały nas do wyboru takiego właśnie postępowania. (c. d. n.)

II. O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem lub rażenia prądem elektrycznym

Podał

Prof. Dr. J. Prus

Dyrektor Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

(Według wykładu w Tow. lek. lwowskiem dnia 11 listopada 1899 r.).

(Ciąg dalszy).

Na 44 doświadczeń powiodło się wskrzeszenie w 31, t. j. w 70% przypadków. Zważywszy, że w 13 przypadkach, w których wskrzeszenie się nie powiodło, dokonałem otwarcia klatki piersiowej zazwyczaj z boku przez przecięcie chrząstek żebrowych, przypuścić mogę, że odsetek, wyrażający dodatni wynik, byłby znacznie wyższym, gdybym był mógł w tych 13 przypadkach zastosować mięsienie serca tak energiczne, jak w przypadkach otwarcia klatki piersiowej przez przepiłowanie mostka. Odnośnie do tych 13 przypadków, w których wskrzeszenie

się nie powiodło, zauważyć muszę: 1) że w 6 przypadkach powróciło samoistne oddechanie, nie powróciła natomiast samoistna, regularna, energiczna czynność serca, jakkolwiek istniały słabe ruchy serca; 2) że w jednym przypadku pojawiły się pod wpływem mięsienia serca i sztucznego oddechania jedynie tylko samoistne, regularne, energiczne ruchy serca, samoistny oddech natomiast nie powrócił; 3) że w dwóch przypadkach nie udało mi się wzniecić ani samodzielnych ruchów oddechowych, ani też regularnej energicznej czynności serca, aczkolwiek oba przedsionki i komórki kurczyły się wprawdzie słabo, lecz miarowo przez czas dłuższy; 4) że w trzech przypadkach pojawiły się tylko drgania włókienkowe serca bez śladu jakichkolwiek regularnych ruchów, a samoistny oddech nie wystąpił wcale; i 5) że w jednym przypadku nie pojawił się ani ślad jakichkolwiek ruchów serca, ani drgania włókienkowe serca, ani też samoistny oddech.

Z 31 psów wskrzeszonych zabiłem 19 po ukończeniu doświadczenia — a to dlatego, ponieważ w tych przypadkach otwarłem klatkę piersiową przez przepiłowanie mostka w linii środkowej ciała, wobec czego wytworzenie się obustronnej odmy piersiowej wykluczało już z góry możność utrzymania zwierzęcia przy życiu przez czas dłuższy; jakkolwiek bowiem zwierzę po wskrzeszeniu posiadało już samoistną energiczną czynność serca i energiczne samoistne ruchy oddechowe, to jednak w krótkim czasie po zaprzestaniu sztucznego oddechania musiałoby ponownie zginąć z uduszenia z powodu obustronnej odmy piersiowej.

Celem tego rodzaju doświadczeń było przedewszystkiem oznaczenie granicy czasu, do której można od chwili śmierci zwierzęcia wyczekiwać z rozpoczęciem skutecznej czynności wskrzeszania. Gdy w dniu 11 listopada 1899 zdawałem sprawę z mych doświadczeń w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem, mogłem stanowczo powiedzieć, że nawet po 15 minutach trwania śmierci zwierzęcia można jeszcze przy pomocy mojego sposobu przyprowadzić zwierzę do życia. Jeżeli słowa te, uzasadnione szeregiem ścisłych badań, a poparte przedstawieniem odpowiedniego doświadczenia, wzbudziły wówczas powszechny podziw, to dziś czuję tem większe wewnętrzne zadowolnienie z mej pracy, gdy mogę podzielić się z szerszemi kołami lekarskiemi wynikiem mych dalszych badań, które wykazały, że nawet po całej **godzinie** trwania śmierci zwierzęcia można jeszcze zwierzę wskrzesić, jeżeli zastósujemy mięsienie serca odsłoniętego i sztuczne oddechanie oraz wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej do dośrodkowego końca tętnicy udowej. W tym przypadku wykonywałem tak mięsienie serca, jak i sztuczne oddechanie, wytrwale przez czas dłuższy, a nadto wstrzykiwałem do dośrodkowego końca tętnicy udowej od czasu do czasu po kilkadziesiąt centymetrów sześciennych fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z biurety, by krążenie sztuczne tem pewniej podtrzymywać. Tu wspomnieć muszę, że wskazówką do wstrzykiwania soli kuchennej jest stopień wypełnienia serca krwią. Im mniej krwi serce zawiera, tem rychlej przystąpić musimy do wlewania rozczynu soli kuchennej, jasną bowiem jest rzeczą, że najsilniejsze uciskanie serca, wypełnionego skąpą ilością krwi, nie może podtrzymać krążenia krwi. Powtóre nadmienić muszę, że wstrzykiwanie soli kuchennej do żyły szyjnej nie prowadzi tak dobrze do celu, jak wstrzykiwanie do dośrodkowego końca tętnicy udowej, skąd rozczyn soli kuchennej, pomięszany z krwią tętniczą, dostaje się z łatwością do początku tętnicy głównej, a następnie do tętnic wieńcowych serca; utrzymywanie zaś krążenia w tętnicach wieńcowych ma dla wzniecenia samoistnej akcyi serca największe znaczenie. Doświadczenie pouczyło mnie nadto, że wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej do żyły szyjnej łączą się nawet z pewnem niebezpieczeństwem, a mianowicie dają snadnie powód do powstania ostrego obrzęku płuc. Wreszcie wspomnieć muszę, że opierając się na wyniku badań Schückinga (*Therapeut. Monatshefte* 1899 Nr. 12) uważam za rzecz korzystną używanie do wstrzykiwań rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 0·03% cukrzanu sodowego, który w krwi pod wpływem kwasu węglowego rozkładając się na węglan sodowy i cukier wiąże kwas węglowy, nie szkodząc równocześnie życiu tkanek.

Otóż po zastósowaniu tego sposobu wskrzeszania otrzymałem pomyślny wynik nawet w tym przypadku, w którym od chwili ustania wszelkich ruchów serca skutkiem uduszenia zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania upłynęła cała godzina. W tymże przypadku pojawiły się pierwsze ślady samoistnych ruchów serca po 12 minutach mięsienia, regularna zaś i energiczna czynność serca pojawiła się po 1 godzinie, 1 minucie i 17 sekundach mięsienia, poczem mniej więcej w godzinę (po 57'26") wśród ciągłego sztucznego oddechania i potęgującej się samoistnej czynności serca pojawił się samoistny oddech. W ciągu następnej, a więc trzeciej godziny od rozpoczęcia wskrzeszania, powróciły odruchy skórne i rogówkowe, a wreszcie ruchy dowolne, poczem psa zabito, gdyż otwarcia klatki piersiowej dokonano przez przepiłowanie mostka.

Z 12 psów, które po wskrzeszeniu pozostawiłem przy życiu, a u których otwarłem klatkę piersiową z boku, żyje do tej pory (a więc blisko rok) jeden pies, natomiast 9 psów zginęło skutkiem zakażenia, a 2 psy zginęły z powodu ostrego obrzęku płuc.

Pies, który po wskrzeszeniu do tej pory żyje, a którego przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. dnia 11 listopada 1899, zabity został w doświadczeniu dnia 14 czerwca 1899 przez uduszenie. Od chwili zaciśnięcia tchawicy do ostatniego oddechu upłynęły 3 minuty i 15 sekund, a do ustania ruchów serca 5 minut i 45 sekund, serce więc przestało bić o 2 minuty i 30 sekund później od ustania oddechu. Czas trwania śmierci zwierzęcia, czyli czas, jaki upłynął od chwili ustania wszelkich ruchów serca aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania, wynosił 6 minut. Po 2 minutach i 30 sekundach mięsienia serca i sztucznego oddechania pojawiły się pierwsze samoistne ruchy serca, które od razu przybrały cechę regularnych i energicznych skurczów, a 30 sekund później pojawił się pierwszy samoistny oddech. Po dalszych 5 minutach odbywała się czynność serca i płuc już tak dobrze, że można było przystąpić do zeszycia rany na klatce piersiowej. Następnie po 15 minutach wyjęto rurkę z tchawicy i zeszyto tchawicę, a 5 minut później podwiązano tętnicę szyjną celem usunięcia z niej rurki manometru, poczem zeszyto ranę na szyi i odwiązano psa od stoliczka operacyjnego. Badanie psa wykazało: oddech, tętno, odruchy rogówkowe i skórne oraz oddziaływanie źrenic na światło prawidłowe, natomiast odruchy ścięgniste podwyższone; — pies leży spokojnie, od czasu do czasu porusza słabo głową lub łapami. Ciepłota ciała, mierzona w odbytnicy w pół godziny po odwiązaniu psa, wynosiła 31·6°C. W ciągu pierwszego dnia po wskrzeszeniu zwierzę przeważnie śpi, a od czasu do czasu pojawiają się u niego słabe drgawki kloniczne przeważnie w łapach przednich. Drgawki te mają najwięcej podobieństwa do trzęsienia się z zimna. Wzrok

i słuch w wysokim stopniu upośledzony. Następnego dnia pies wychodzi już sam z klatki, chód jego jednak jest powolny, niepewny, łapy tylne wybitnie słabsze, niż przednie. W moczu znaczna ilość moczanów, ślad białka i cukru. Ciepłota ciała 32·5°C. Dzień później pojawiły się stolce krwawe, pies jednak zachowuje się spokojnie, chodzi dobrze, słuch ma prawidłowy, natomiast wzrok zdaje się być jeszcze nieco upośledzonym. Szóstego dnia rana na szyi prawie zagojona; natomiast z rany na klatce piersiowej wydobywa się dość znaczna ilość ropy, wobec czego ranę przestrzyknięto kwasem borowym i wytamponowano gazą jodoformową. Po trzech tygodniach rana na klatce piersiowej zagoiła się. Dnia 16 lipca 1899, a więc w miesiąc po wskrzeszeniu, porodziła suczka czworo zdrowych szczeniąt. Suczka ta żyje do tej pory, (blisko rok), i jest zupełnie zdrowa.

Z 9 psów, które po wskrzeszeniu zginęły skutkiem zakażenia, jeden pies żył 5 dni, trzy 3 dni, jeden przez jeden dzień, dwa przez pół dnia, a dwa tylko po kilka godzin.

Dwa psy, jak to już wspomniałem, zginęły skutkiem ostrego obrzęku płuc w ciągu pierwszej godziny po uwolnieniu ze stoliczka Klebsa.

Jakkolwiek z 12 psów, które po wskrzeszeniu pragnąłem zachować przy życiu przez czas dłuższy, żyje do tej pory tylko jeden, to jednak ten stosunkowo mały odsetek (8·33%) pomyślnego wyniku nie obniża bynajmniej doniosłości mego sposobu wskrzeszania. Zważywszy bowiem, że przyczyną śmierci zwierząt wskrzeszonych było przedewszystkiem zakażenie, przyznać musimy, że gdyby zwierzęta można było uchronić od zakażenia przez zwrócenie większej uwagi na aseptykę, odsetek ten wzrósłby do 83·33%.

Doświadczenia moje dowodzą, że zwierzęta, zabite przez uduszenie, można wskrzesić (i to nawet w tych przypadkach, w których śmierć zwierzęcia trwała już godzinę), zapomocą mojego sposobu wskrzeszania, polegającego: 1) na wznieceniu sztucznego krążenia krwi: *a)* zapomocą mięsienia serca, odsłoniętego przez stosowne otwarcie klatki piersiowej, *b)* zapomocą wstrzykiwania odpowiedniej ilości fizyologicznego roztczynu soli kuchennej do dośrodkowego końca tętnicy udowej, oraz 2) na wznieceniu sztucznego oddechania zapomocą mieszka, połączonego z tchawicą.

2) Wskrzeszanie w przypadkach śmierci z otrucia chloroformem.

Doświadczenia wykonywałem w podobny sposób, jak poprzednie, z tą tylko różnicą, że celem sprowadzenia śmierci zwierzęcia zmuszałem zwierzę do oddechania powietrzem, nasyconem parą chloroformową. Ponieważ chloroformowanie zwierzęcia przy pomocy tak zwanej maski zwykle zbyt długo trwało, nim śmierć zwierzęcia nastąpiła, używałem przeto z reguły flaszki Wulfa, wypełnionej do pewnej wysokości czystym chloroformem, a zaopatrzonej dwoma rurkami. Jedna rurka sięgała prawie do dna flaszki, podczas gdy koniec drugiej rurki, połączonej z rurką, znajdującą się w tchawicy, sięgał tylko nieco poniżej korka. Za każdym wdechem zwierzęcia dostawało się do jego płuc powietrze, nasycone parą chloroformową, w czasie zaś wydechu mogła oczywiście tylko nieznaczna część kwasu węglowego przedostać się przez chloroform do flaszki. Wobec tego gromadziła się niewątpliwie znaczniejsza ilość kwasu węglowego w płucach, ściśle więc biorąc zwierzę zatruwane było nietylko chloroformem, lecz także kwasem węglowym, jak w czasie duszenia. By zapobiedz równoczesnemu zatruciu zwierzęcia kwasem węglowym, włączałem pomiędzy flaszkę Wulfa, a tchawicę jeszcze rurkę szklaną w kształcie litery T lub U i zamykałem wolny koniec tejże rurki odpowiednią klapą, która w chwili wydechu otwierała się, przez co kwas węglowy z powietrzem wydechanem mógł na zewnątrz uchodzić. Pod wpływem stopniowego zatruwania ustroju chloroformem ustawało wkrótce oddechanie, parcie krwi szybko się obniżało do zera, a serce przestawało bić.

Po otwarciu klatki piersiowej bądźto przez przepiłowanie mostka, bądź też przez przecięcie kilku żeber po lewej stronie klatki piersiowej, oglądałem starannie odsłonięte serce, a przekonawszy się, że serce nie okazuje najmniejszych śladów ruchu, wyczekiwałem przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt minut, poczem usunąwszy flaszkę Wulfa łączyłem tchawicę z mieszkiem i rozpoczynałem uciskać serce palcami, puszczając równocześnie w ruch motor, poruszający mieszek do sztucznego oddechania. Po pewnym czasie mięsienia serca pojawiały się zwykle samoistne ruchy serca, następnie powracał samoistny oddech, a wreszcie inne czynności ustroju.

Czas, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia chloroformowania aż do ustania oddechania, wahał się od 50 sekund do 20 minut. W szczególności czas ten wynosił: 50″,—1′30″ (2 razy), —1′40″,—1′50″,—2′,—2′10″,—2′30″, —3′10″ (2 razy), —3′20″,—4′6″,—6′ (w 2 przypadkach), —6′10″,—7′10″, —8′,—9′,—11′20″,—15′,—20′.

Czas, jaki upłynął od chwili rozpoczęcia chloroformowania aż do chwili ustania ruchów serca wahał się również od 50 sekund do 20 minut, a mianowicie w poszczególnych przypadkach wynosił: 50″,—1′20″,—1′30″,—1′40″,—2′,—2′8″—4′30″, - 5′30″,—5′40″,—5′45″,—6′,—6′30″,(2 razy)—, 6′40″,—8′20″,—11′20″,—12′30″,—13′,—14′20″, —16′50″,—20′.—

Od chwili ustania oddechania aż do chwili ustania ruchów serca upłynęło: 10″, —24″,—30″,—38″,—2′10″ (2 razy), —2′30″,—2′35″,—4′,—4′10″, (2 razy), —4′20″,--4′30″,—5′10″.—

W 3 przypadkach ruchy oddechowe ustały równocześnie z ruchami serca, natomiast w 4 przypadkach ruchy serca ustały wcześniej niż oddech, a mianowicie w 2 przypadkach o 10″, w 1 przypadku o 20″, a w 1 przypadku o 40″ wcześniej.

Czas, jaki upłynął od chwili śmierci zwierzęcia aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca, równał się minimum: 50″, maximum jednej godzinie, a w szczególności: 55″,—1′30″ (2 razy),—3′2″,—3′50″,—5′ (w 2 przypadkach), —5′14″,—5′20″, —5′30″,—10′, —11′.—12′,—15′ (w 2 przypadkach), 16′ (2 razy), 30′,—47′, —1^h (w 2 przypadkach).

Sztuczne oddechanie rozpoczęto równocześnie z mięsieniem serca w 16 przypadkach, natomiast w 3 przypadkach rozpoczęto sztuczne oddechanie wcześniej, niż mięsienie serca, a mianowicie o: 50″,—4′,—4′10″. W 2 przypadkach rozpoczęto sztuczne oddechanie później, niż mięsienie serca (1′40″, —3′—).

Pierwsze ślady samoistnej akcyi serca powróciły po mięsieniu serca, trwającem: 30″,—34″,—1′12″,—1′15″,—1′30″, 1′40″,—1′45″,—2′,—2′50″,—5′,—6′,—10′15″,—10′30″,—11′,

—11'26",—14' (2 razy) 20'.— W 3 przypadkach nie pojawiły się wcale samoistne ruchy serca.

Regularna i energiczna czynność serca powróciła po mięsieniu serca, trwającem: 33",—34",—1'30",—2' (2 razy), —2'30",—2'50",—5',—9',—11'15",—12'20",—16'30",—20', 23',—25',—29'20",—58',—1^h

Samoistny oddech powrócił po mięsieniu serca, trwającem: 1'36",—2' (w 2 przypadkach), —2'36",—3'50",—4', 5'48",—8',—9', —27',—27'10", —29'20", —30', —45'30",—1^{h}12'30",—1^{h}31',—1^{h}42'. W 4 przypadkach oddech samoistny nie powrócił wcale.

Czas, jaki upłynął od chwili pojawienia się pierwszych samoistnych ruchów serca aż do pojawienia się samodzielnego oddechu, wynosił: 30",—1'2",—2',—2'6",—5'10",—7'45",—13'10",—15'34",—26'35",—28'20",—44'18",—1^{h}1'30" 1^{h}17',—1^{h}22'. W dwóch przypadkach pojawił się samodzielny oddech wcześniej, niż samoistne ruchy serca, a mianowicie: a) o 1 minutę, b) o 2 minuty 10".

Wskrzeszenie powiodło się na 21 przypadków 17 razy t. j. w 76%.

Z 5 przypadków, w których wskrzeszenie się nie powiodło, w dwóch doświadczeniach pojawiła się samoistna regularna czynność serca, a nie pojawił się oddech samodzielny, w 1 przypadku pojawił się samoistny oddech, a nie pojawiła się samoistna regularna czynność serca, w 2 przypadkach natomiast nie pojawił się ani samoistny oddech, ani samoistna regularna czynność serca.

Z 15 psów wskrzeszonych pozostawiłem tylko jednego przez dłuższy czas przy życiu, a mianowicie przez 8 miesięcy; inne zwierzęta zabiłem wkrótce po wskrzeszeniu.

Chloroformowanie psa, który po wskrzeszeniu żył przez 8 miesięcy, trwało przez minutę i 40 sekund. Ruchy serca ustały w tym przypadku o 10 sekund wcześniej, niż ruchy oddechowe. Wskrzeszanie rozpocząłem po 4 minutach, licząc od chwili śmierci zwierzęcia. Po 2 minutach mięsienia serca i sztucznego oddechania powrócił oddech samoistny, a po dalszej 1 minucie i 10 sekundach powróciły samoistne miarowe ruchy serca. Po zeszyciu ran odwiązano psa od stoliczka operacyjnego. Po kilkunastu minutach zaczął pies dość szybko biegać, a wieczorem tego dnia jadł już dosyć chciwie. Mimo ropienia zagoiły się obie rany w ciągu 6 tygodni. Odtąd pies nie okazywał najmniejszych zboczeń. Psa tego przedstawiłem w Tow. lek. dnia 11 listopada 1899. Po 8 miesiącach zabito psa przez przecięcie rdzenia przedłużonego. Oględziny pośmiertne nie okazały żadnych zmian prócz nieznacznego zrostu zewnętrznej blaszki osierdzia ze ścianą klatki piersiowej.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń twierdzę, że zwierzęta zabite chloroformem można wskrzesić nawet wówczas, gdy od chwili śmierci zwierzęcia (t. j. od chwili ustania oddechania i ruchów serca) aż do rozpoczęcia mięsienia serca i sztucznego oddechania upłynęła cała godzina. (dok. nast.).

III. O klimacie górskim.

(Ustęp z wykładów o Balneoterapii, wygłaszanych w półroczu zimowem 1899/900).

Podał

Dr. Ludomił Korczyński
Docent medycyny wewnętrznej w Uniw. Jag.

W bardzo wielu punktach, w których medycyna styka się z innemi gałęziami nauk przyrodniczych, nie łatwo pogodzić ściśle teoretyczne zapatrywania i określenia z tych nauk z praktycznemi wymaganiami lekarskiemi. Z trudnościami takiemi spotykamy się, mając określić, kiedy właściwie mówić należy o klimacie górskim i jakie miejscowości nazywać miejscowościami górskiemi ze stanowiska klimatoterapeutycznego. Liczyć się tu trzeba nie tylko z bezwzględnem wzniesieniem danej miejscowości nad poziom morza, ale także ze wzniesieniem jej nad poziom całego kraju, oraz ze wzniesieniem miejsca stałego zamieszkania chorych, dla których wskazany jest pobyt w górach. Nie mniejszą rolę przypisać należy położeniu geograficznemu, którego wpływ na przestrzeni stosunkowo niezbyt wielkiej, jaką n. p. zajmuje środkowa Europa, wyraźnie jednak odczuwać się daje.

Ogólnie więc rzecz biorąc nie można samej wysokości gór uważać za zupełnie wystarczającą i jedyną podstawę dla określenia klimatu górskiego. Granice najwyższe i najniższe muszą tu być bardzo obszerne; inne będą dla okolic podzwrotnikowych, inne dla okolic, leżących w strefie umiarkowanej, a jednak bardziej południowej, inne wreszcie dla okolic tej samej strefy, w bardziej ku północy wysuniętej stronie.

Uwzględniając nasze warunki, naznaczyć możemy najniższą granicę dla klimatu górskiego na wysokości 400 m. n. p. m.; najwyższa, w Alpach, sięga do wysokości 1000—1500 mtr., w południowej części Alp szwajcarskich nawet nieco wyżej, 1500—1800, wyjątkowo do 2000 mtr.

Ze względu na wysokość korzystnie jest rozróżniać: klimat podgórski, klimat podalpejski i klimat alpejski, stawiając jako granice dla pierwszego wysokość 400—700 mtr., dla drugiego 700—1000 mtr, dla trzeciego 1000—1500, względnie do 2000 mtr.

Właściwości klimatu górskiego.

Ciepłota średnia powietrza zmniejsza się w miarę podnoszenia się terenu pod górę i to w pewnym stałym stosunku. Szwajcarska komisya meteorologiczna, badając w latach 1864—1868 bliżej ten stosunek, znalazła i podała następujące cyfry:

Grupa	Ilość stacyi	Zmniejszenie się ciepłoty o 1° C z wysokością
St. Gothard	15	165 mtr.
Simplon	9	165·7 „
Julier	10	171·5 „
St. Bernhard	8	181·8 „
Bernhardin	14	184 „
Rigi	22	204 „
Chaumont	4	206·4 „
Uetliberg	4	227·6 „

Średnio więc zmniejsza się roczna ciepłota o 1° C., co każde 186·2 mtr.

Cyfra powyższa odnosi się jednak wyłącznie do ciepłoty rocznej, w lecie jest ona niższa, w zimie znacznie wyższa, co równocześnie wykazuje, że w górach większą spotykamy jednostajność ciepłoty. Nie małe znaczenie ma w tym kierunku także i położenie danej miejscowości, zakrycie przed pewnymi wiatrami, zalesienie i inne jeszcze szczegóły, które mają ogólne znaczenie dla klimatu. Najkorzystniejsze warunki posiadają miejsca odkryte ku południowi i południo-

wemu zachodowi, zasłonięte od strony północnej, a przytem zalesione.

Ciśnienie powietrza zmniejsza się w ścisłej zależności od wzniesienia nad poziom morza; na wysokości około 5000 mtr. wynosi zaledwo połowę ciśnienia nadmorskiego. Bezpośredniem następstwem jest mniejsza zawartość drobin tlenu w danej objętości powietrza górskiego, szczegół, stanowiący bardzo ważną właściwość górskiego powietrza.

Wilgotność powietrza w górach, bezwzględna, jest niewątpliwie niższa, aniżeli w nizinach; wilgotność względna waha w granicach niestałych, zależnych od tak wielu warunków, że ogólnej zasady stawiać w tym kierunku nie można. W porze chłodniejszej roku jest prawie we wszystkich górach wyższa, aniżeli w porze cieplejszej, w godzinach południowych niższa, aniżeli w godzinach rannych, względnie popołudniowych. Zależy więc najwidoczniej od ciepłoty powietrza. Chcąc też ocenić jej znaczenie, czynić to trzeba zawsze z równoczesnem uwzględnieniem ciepłoty powietrza.

Zachmurzenie nieba bywa w górach wogóle mniejsze, aniżeli w równinach, tem mniejsze, im góry są wyższe, a bardzo małe zwłaszcza w tych wysokościach, które leżą ponad rejonem chmur.

Mniejsza bezwzględna zawartość pary wodnej w powietrzu i mniejszy stopień zachmurzenia nieba powodują, że nasilenie promieni słonecznych w górach jest znacznie większe, aniżeli w równinach, że różnice między ciepłotą powietrza, a natężeniem promieni słonecznych są bardzo znaczne, wynoszą, zwłaszcza w zimie, kilkadziesiąt nawet stopni.

Ilość opadów atmosferycznych jest w górach wedle ogólnie utartego zdania, większa, aniżeli w równinach. Za powszechną zasadę uważać tego jednak nie można. Wielkie znaczenie dla opadów atmosferycznych ma kierunek pasm górskich i położenie samej miejscowości. Jest ono tak wielkie, że suma opadów na dwóch przeciwnych skłonach pasma górskiego może być bardzo różna. W górach środkowej Europy, gdzie wiatry zachodnie, południowo- i północno-zachodnie, wysycone parą wodną, przynoszą wilgotne prądy powietrza, spostrzegać się dają w miejscowościach górskich, wystawionych na działanie tych wiatrów, opady częstsze i obfitsze w miejscowościach, leżących po stronie przeciwnej, opady rzadsze i mniej obfite. Dopiero po uwzględnieniu powyższych szczegółów mówić wolno o zwiększaniu się opadów, zależnem od wznoszenia się terenu nad poziom morza.

Ważną bardzo właściwością powietrza górskiego jest jego czystość. Brak w niem tej ogromnej ilości różnorodnego pyłu, który unosi się w powietrzu równin. Przyjmować to jednak trzeba z pewnem zastrzeżeniem. W rozległych górskich dolinach, przerzniętych drogami i drożynami, zabudowanych osadami, nie może się powietrze pod tym względem różnić od powietrza innych okolic. Jeśli mówimy o czystości powietrza górskiego, mamy na myśli li tylko powietrze miejsc, niezamieszkałych stale i gęsto.

Z nastaniem okresu badań bakteryologicznych także w usługach higieny, poświęcono bardzo wiele uwagi zbadaniu aseptyczności gruntu i powietrza górskiego, która uchodziła niemal za pewnik naukowy. Na podstawie tych właśnie ścisłych poszukiwań przekonano się, że w przyrodzonych warunkach tak ziemia, jak i powietrze w górach, tem mniej zawierają drobnoustrojów, im góry są wyższe, że jednak o bezwzględnej jałowości w granicach zamieszkania żadną miarą mówić nie można, że w osadach i koło osad ludzkich wyrastają na pożywkach posiewy drobnoustrojów równie dobrze, niekiedy w równej może nawet ilości, jak w równinach. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że warunki dla rozwoju bakteryi są w górach o wiele niekorzystniejsze, aniżeli w równinach. Wywiera tu wpływ niższa wogóle ciepłota, większe natężenie promieni słonecznych i światła słonecznego, a do pewnego także stopnia powłoka śniegowa, względnie lodowa, okrywająca przez dłuższy czas ziemię.

Ruchliwość powietrza górskiego jest większa, aniżeli powietrza nizinnego. Oprócz wiatrów ogólnych spostrzegać się dają w górach stałe niemal prądy, zależne od wpływów miejscowych, które nie tylko powodują okresowe wiatry miejscowe t. zw. górskie i dolinne, ale także sprowadzają ciągłą wymianę powietrza między różnie położonemi i nie jednako ogrzewanemi miejscami jednej i tej samej okolicy górskiej. Wpływać w tym kierunku może także i budowa geologiczna ziemi, oraz roślinność górska.

Grunt bywa w górach najczęściej skalisty, pokryty do pewnej wysokości cienką tylko warstwą ziemi rodzajnej. Jest skutkiem tego zazwyczaj bardzo suchy i odznacza się zdolnością szybkiego wysychania. Grunt taki szybciej się rozgrzewa, ale i rychlej chłodnie.

Roślinność górska ma właściwe swoje cechy i ze względu na te różnice, na odmienne gatunki roślin, słusznie poniekąd mówimy o pewnej jej odrębności. Już w niezbyt znacznej wysokości znikają zupełnie drzewa liściaste, a rosną tylko drzewa szpilkowe, które znów wyżej ustępują miejsca kosodrzewinie, limbie i niektórym innym, ściśle górskim drzewom. I rośliny przyziemne, trawy i zioła, w różnych wysokościach różne są jakością gatunków, niejednakowo się udają i rosną.

Najistotniejsze właściwości klimatu górskiego są, w myśl tego, co o nim wiemy, następujące: 1. Ciśnienie atmosferyczne jest małe, powietrze rzadsze. 2. Ciepłota powietrza jest niższa, wahania ciepłoty mniejsze. 3. Nasilenie promieni słonecznych i światła słonecznego jest bardzo znaczne. 4. Powietrze górskie jest bezwzględnie suchsze i bardziej przejrzyste. 5. Niebo jest pogodniejsze. 6. Opady atmosferyczne są częstsze i obfitsze. 7. Powietrze górskie jest mniej spokojne wogóle, spokojniejsze w zimie, niż w lecie. 8. Powietrze górskie zawiera mniejsze ilości pyłu i jest z pewnemi zastrzeżeniami bardziej aseptyczne. 9. Ilość ozonu w powietrzu górskiem jest nieco większa. 10. Napięcie elektryczne jest w górach większe, aniżeli w nizinach. 11. Grunt górski jest suchy.

Ogólne cechy naszych gór.

Długi łańcuch gór Karpackich ciągnie się od Dunaju, w okolicach Preszburga, prawie półkolem aż do Siedmiogrodu. Kierunek ich pasm, najpierw północno-wschodni, dalej wschodni, zmienia się na kierunek południowo-wschodni, a wreszcie prawie południowy. Karpaty galicyjskie, do których snadnie także Karpaty dolnego Śląska zaliczyć można, poczynają się pod 36° wschodniej długości, (od południka Ferro), kończą pod 42° 35'. Szerokość geograf., którą zajmują, jest wobec ich przebiegu w różnych stronach różna; w części zachodniej sięgają do 50°, w części wschodniej zaledwo do

48°25' północ. szer. Ku północy wysuwają się najdalej pasma gór i wzgórz wzdłuż przebiegu rzek i większych potoków górskich; ku południowi rozsiadły się gniazda najwyższe Karpat w zachodniej części Galicyi; noszą one osobną nazwę Tatr.

Dla klimatologii ważne są bardzo nadrzeczne pasma, gdyż tu w dolinach górskich najliczniejsze są osady, najłatwiejszy dostęp, najlepsze środki komunikacyjne, a więc i jedynie możność urządzania uzdrowisk i stacyi górskich.

Rzuciwszy okiem na geograficzną kartę Karpat, widzimy, że pod względem orograficznym należy je w Galicyi podzielić na dwie, nierówne co do wielkości, części. Obszar zachodni, mniejszy, stanowi dorzecze Wisły, obszar wschodni, większy, — dorzecze Dniestru, w części nieznacznej także Dunaju. Pierwsza z wymienionych rzek dąży w górnym biegu ku północy, dalej płynie w kierunku północno-wschodnim, zmieniając go dopiero po za granicami Galicyi na północny; druga dąży ku morzu w kierunku południowo-wschodnim. Dwa te różne kierunki powodują, że i dopływy Wisły i Dniestru w różne zwracają się strony. Pierwsze kierują się bardziej i przeważniej ku północnemu zachodowi, drugie ku północnemu wschodowi w górnej części dorzecza, ku wschodowi w środkowej i dolnej części dorzecza. Dopływy Dunaju, Prut z Czeremoszem płyną prawie równolegle do Dniestru.

Posuwając się od zachodu ku wschodowi spotykamy z dopływów Wisły rzeki: Białę, Sołę, Skawę, Rabę, Dunajec z dopływami, z tych najważniejszy Poprad, Wisłokę, San ze znacznym dopływem Wisłokiem. Za źródłami Sanu ku wschodowi leży dział wód, między dorzeczem Wisły a Dniestru. Do dopływów Dniestru należą: Stryj z Oporem, Świca z Mizunką i Sukielem, Łomnica i Bystrzyca, nie licząc wielu pomniejszych. Na samych wreszcie krańcach południowo-wschodnich widzimy dopływ Dunaju, Prut z Czeremoszem.

Wzdłuż tych rzek i ich mniejszych dopływów leżą przeważnie wszystkie górskie zakłady lecznicze zdrojowe i klimatyczne, znane już ogólnie, a nadto cały szereg schronisk, mało lub zupełnie ogółowi nieznanych.

Wiadomości nasze o klimacie karpackim bardzo są jeszcze skąpe, bo skąpa liczba stacyj i spostrzeżeń meteorologicznych; i nie można niestety żadną miarą myśleć o skreśleniu dokładnego obrazu klimatologii Karpat i karpackiego podgórza. Na podstawie dotychczasowego materyału wyrobić sobie można tylko niejakie pojęcie w tym kierunku, porównując najważniejsze szczegóły, odnoszące się do zjawisk atmosferycznych, spostrzeganych w stacyach meteorologicznych zachodniej i wschodniej Galicyi.

Z zachodnich, leżących nad dopływami Wisły mamy: Bielsko nad Białką, Zawoję w górnej, Osielec i Maków w dolnej części doliny Skawy, Rabkę w dolinie Raby, Nowy Targ, Maniowy, Szczawnicę w dolinie Dunajca, Żegiestów nad Popradem i Krynicę nad Kryniczanką, dopływem Popradu, Rymanów i Iwonicz w dolinie Wisłoka, Sanok nad Sanem. We wschodniej części kraju, w stosunku do obszaru, mało jest jeszcze stacyj meteorologicznych. — Mają je: Turka w dolinie rzeki Stryja, Dolina w dorzeczu Świcy, Bohorodczany nad Bystrzycą, Delatyn, Mikuliczyn nad Prutem; Krzyworównia, Kossów i Kuty na ostatnich krańcach południowo-wschodnich Galicyi, w dolinie Czeremoszu.

Na klimat wszystkich okolic karpackich wpływać muszą oprócz warunków ogólnych, zależnych przedewszystkiem od położenia geograficznego, wzniesienia nad poziom morza i t. p., także bardzo wyraźnie warunki miejscowe, stworzone przebiegiem pasm górskich, większem lub mniejszem ich nachyleniem pionowem, osłonięciem, zalesieniem i t. d. — Chcąc więc wymienione miejscowości porównywać ze sobą, uwzględnić trzeba w pierwszym rzędzie położenie geograficzne i wzniesienie ich nad poziom morza, w dalszym inne, miejscowe warunki. Zupełnie odrębnie traktować należy Zakopane, które skutkiem odmiennego położenia i znacznej wysokości zaliczyć wypada stanowczo do miejscowości alpejskich.

W porównawczem zestawieniu pomieścimy spostrzeżenia z r. 1896 lub 1897, w tym zakresie, w jakim zawarte są w sprawozdaniach Komisyi fizyograficznej krak. Ak. Um. i w Pamiętniku Towarzystwa tatrzańskiego za r. 1896. Sprawozdania Komisyi, o wiele obszerniejsze, zawierają spostrzeżenia ciepłoty, ciśnienia barometrycznego, stopnia zachmurzenia nieba, sumy opadów atmosferycznych i przeważnego kierunku wiatrów; w spostrzeżeniach, ogłaszanych w Pamiętniku, niedostaje dat, odnoszących się do ciśnienia barometrycznego i do kierunku wiatrów.

Daty, które spotkamy w dalszym ciągu, nie mogą, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, dać wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie szczegóły, dotyczące klimatu gór karpackich. Zawierają one tylko *minimum* potrzebnych wiadomości i nie poruszają zupełnie ogólnych spraw klimatologicznych, które w ostatnich latach więcej obudziły zajęcia i stały się przedmiotem ściślejszych i bardziej wyczerpujących badań. Wyniku ostatecznego we wszystkich kierunkach jeszcze nie posiadamy, ale te prace, które ogłoszono drukiem, między niemi najnowsza Mereckiego z r. 1899, dają zupełną pewność, że w niedalekiej przyszłości będziemy mieli dokładny, ogólny obraz klimatologii ziem polskich, tem dokładniejszy, że stworzony przez fachowe siły. (c. d. n.)

IV. **Z kliniki chorób nerwowych radcy dworu prof. Krafft-Ebinga i z pracowni prof. Obersteinera w Wiedniu.**

Przyczynek do sprawy rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem *(Polyneuritis alcoholica)*.

Podał

Dr. Henryk Halban

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Z kolei należy omówić wyniki badania drobnowidowego wszystkich trzech przypadków. Zaczynam od zmian, znalezionych w komórkach rogów przednich, barwionych sposobem Nissla. Nadmienić tu trzeba, że w pierwszym przypadku barwienie komórek rogów przednich wypadło nadspodziewanie dobrze, mimo że sekcyę wykonano w 18 godzin po śmierci. Komórki nie okazywały żadnych zmian kształtu, nie przedstawiały zboczeń w wypustkach, ani w ciałkach Nissla, w ich ułożeniu, wielkości i zabarwieniu, ani w jądrze i jego położeniu. Przed stwardnianiem w wyskoku kładłem preparaty, jak to zwykle czynię, do formolu 4%

na 12 godzin, i może być, że to wpłynęło tak korzystnie na zabarwienie. W drugim przypadku, sekcyonowanym w 10 godzin po śmierci, sporządzałem preparaty w ten sam sposób, nieco odmienny od pierwotnego sposobu Nissla. Trzeci przypadek nadawał się najlepiej do badania sposobem Nissla, gdyż sekcya odbyła się w 4 godziny po śmierci i to w lutym, dalej konanie trwało krótko, a gorączka (39°) trwała tylko jeden dzień. W tym przypadku użyłem pierwotnego sposobu Nissla.

Jak z opisu wynika, zmiany w 2 i 3 przypadku są bardzo podobne do siebie, tylko w trzecim przypadku są znacznie wyraźniejsze i więcej komórek jest zmienionych. Ponieważ pomiędzy badanymi (około 55) przypadkami *polyneur. alcoh.* tylko niewiele badano sposobem Nissla, a i między tymi znajdują się wyniki ujemne, podobnie jak w moim pierwszym przypadku, dlatego sądzę, że należy porównać te spostrzeżenia (Ballet i Dutil, Ballet, Philippe i Gothard, Campbell, Heilbronner) z naszymi wynikami. Obraz, opisany przez Heilbronnera tem tylko różni się od mojego, że drobnoziarnisty rozpad ciałek Nissla zaczynał się w jego przypadku najpierw koło jądra, a w moim właśnie najlepiej utrzymane ciałka znajdują się koło jądra, a nadto, że Heilbronner znalazł na brzegu stosunkowo dobrze utrzymanych komórek jameczki (wakuole), a ja ich nie znalazłem. Marinesco rozróżnia wprawdzie ściśle między pierwotnem, a następowem zwyrodnieniem zależnie od tego, czy *chromatolysis* rozpoczyna się na obwodzie, czy około jądra komórki, jednak, według zdania naszego, nie można ściśle przeprowadzić tego rozróżnienia we wszystkich przypadkach. Także i w zatruciu wyskokowem bez *polyneuritis alcoholica* doświadczenie na zwierzętach nie daje pewnych, stałych danych. I tak znaleźli Goldscheider i Flatau, Nissl, Marinesco przy przewlekłem zatruciu wyskokiem rozpad ciałek Nissla z początku na obwodzie, a Vas przeciwnie w otoczeniu jądra. Zmiany w przypadkach Balleta i Dutila są jeszcze podobniejsze do zmian w naszych przypadkach. Obaj ci autorowie podnoszą, że zmiany w *polyneur. alcoh.* są zupełnie podobne do tych, które Nissl, Marinesco, Flatau, Lugaro, Dutil, Onufrowicz, van Gehuchten, Dejerine znaleźli w rdzeniu zwierząt po przecięciu nerwów obwodowych. Do podobnych wyników doszedł też Marinesco.

Co do szczegółowych zmian w komórkach, to np. odśrodkowe położenie jądra przy *polyn. alcoh.* opisywali już Schaffer, Gudden na preparatach Müllera, a później Heilbronner, Philippe i Gothard, Ballet na preparatach Nissla. Częściowego lub całkowitego występowania jądra lub jąderka z komórki, jak to opisywał Wagner w rdzeniu paralityka, a Tauber w tężcu, — nie widziałem. Często podnoszono obecność jamek śródkomórkowych (wakuoli) w preparatach Nissla, (Tschisch, Öttinger, Campbell, Pal, Rakhmaninoff, Soukhanoff, Korsakow, Minkowski, i t. d.) jednak co do ich znaczenia patologicznego nie ma jeszcze dotąd jedności. Obersteiner powiada, że obecność jamek wprawdzie nie zawsze jest oznaką sprawy zapalnej, jednak jest nią napewno wtedy, gdy w wielu komórkach i w znacznym stopniu się znajduje. Podobnego zdania są Kahler i Pick, Eisenlohr i Nerlich. Berger trzyma się w tym względzie prawideł ogólnych i przyjmuje tworzenie się rzeczywistych jamek (wakuoli) tylko w komórkach zresztą już nieprawidłowo wyglądających; uważa je zaś za wytwór sztuczny, jeżeli się znajdują w komórkach, w których są widoczne i inne sztuczne zmiany. Nissl ostrzega głównie przed komórkami, silnie się barwiącemi, („chromophile Zellen“), które są całkiem ciemne, nie dozwalają dojrzeć budowy i są ogólnie uważane za wytwór sztuczny; nie należy ich uważać za chorobowo zmienione, a więc i tworzenie się w nich jamek nie ma znaczenia. Do tego zdania przyłącza się też Heilbronner w swej pracy o *polyneuritis alcoholica*, gdzie tylko prawdziwym jamkom przypisuje znaczenie zmian chorobowych. Berger podaje dalej, że i w rzeczywiście zmienionych komórkach mogą być jamki sztucznym wytworem, „in dem dieselben im lebenden Protoplasma überhaupt nicht vorhanden sind, oder doch bei der Härtung vergrössert werden; jedenfalls zeigen sie aber an, dass das Protoplasma eine Abweichung vom normalen Verhalten darbietet und stellen somit ein indirektes pathologisches Symptom dar.“ Leyden, Ziegler, Erb, Dejerine, Rosenbach, Daniłło, Popow, Aufimow, Whitwell, Pecquer uważają jamki za zmiany chorobowe i pierwotne; Koneff, Gitiss, Koneff i Flesch za zmiany pośmiertne, zaś Charcot, Kreyssig, Spitzka za wytwór sztuczny. Giese i Pagenstecher, Gudden, Schulz, którzy w kilku przypadkach *polyn. alcoh.* spostrzegali wakuole na preparatach, stwardnianych w płynie Müllera, skłaniają się również ku zdaniu, że są one wytworem sztucznym.

Tych wakuoli, jak już wspomniałem, nie znalazłem nigdzie. Znacznego stopnia nagromadzenie barwika (pigmentacya), które znalazłem w obu przypadkach, opisywali już Gudden, Campbell, Rakhmaninoff; w ostatnich czasach nie przypisują mu jednak żadnego chorobowego znaczenia. Złogi barwikowe mają się zwiększać z wiekiem osobnika (Pilcz). Przeciw temu jednak trzeba podnieść, że z naszych 3 przypadków w trzecim t. j. tam, gdzie zmiany były największe, pigmentacya była najsilniejszą, przeciwnie w pierwszym, gdzie zmian w komórkach nie można było wykazać, nie było wybitnej pigmentacyi, choć rdzeń należał do najstarszego osobnika.

Co się tyczy położenia zmienionych komórek, to Erlicki i Heilbronner twierdzą, że w *polyneur. alcoh.* znajduje się więcej i silniej zmienionych komórek w rdzeniu lędźwiowym, niż w szyjnym, że więc zmiany komórek rozdzielają się odpowiednio do zmian obwodowych. W moim drugim przypadku komórki zachowują się podobnie. W trzecim, w którym zwyrodnienia są znacznie wybitniejsze i dotyczą większej liczby komórek, różnica ta zaciera się, może właśnie wskutek tego.

Ponieważ zmiany w moich przypadkach tyczą się właściwie tylko ciałek Nissla i położenia jądra, dlatego starałem się znaleść związek czasowy obu tych nieprawidłowości, co mi się jednak nie powiodło. Można było tylko stwierdzić, że odśrodkowe położenie jądra dawało się dostrzegać tylko w tych komórkach, w których ciałka Nissla były znaczniej zmienione.

Stopień schorzenia komórki więc jest, jak widzimy, przeważnie nieznaczny, gdyż głównie ucierpiały ciałka Nissla, jąderko zaś i jądro, z wyjątkiem odśrodkowego położenia, nie przedstawiały zmian, a więc, jak o tem wspomina Heilbronner, odpowiada to rozsianemu zapaleniu nerwów, pochodzenia wyskokowego (*polyneur. alcoh.*), gdzie powstają

zmiany, o których nigdy nie można z góry powiedzieć, żeby się nie mogły wyrównać. Również należy przyjąć, że w przypadkach, idących ku lepszemu, z początkiem odradzania się nerwów szkodliwość przestaje działać na komórki. To tłómaczy po części, dlaczego nie tylko w dawniejszych spostrzeżeniach, które nie dają miary z powodu braku odpowiednich sposobów badania (Senator, Siemerling, Strümpell, Müller, Dejerine, Dreschfeld, Moeli, Broadbent, Hadden, Cornelius, Renert, Bernhardt, Schulz, Hun, Öttinger), ale i w najnowszych, badanych sposobami Nissla i Marchiego, spotykamy się niekiedy z zupełnie ujemnym wynikiem. To przypuszczenie, które wypowiedział najpierw Dejerine, zdaje się być odpowiednie w przypadkach takich, jak jego, t. j. gdzie choroba trwała lata. W moim jednak ujemnym przypadku, gdzie sprawa nie trwała dłużej, niż dni 16 i zwyrodnienie nerwów nie dochodziło do wysokiego stopnia, muszę się przyłączyć do zdania Balleta, który sądzi, że niektóre rozsiane zapalenia nerwów sprowadzają zmiany tylko w nerwach, a te zmiany nie wystarczają do wywołania odczynowego zwyrodnienia w komórkach.

Dlaczego autorzy szukają dla tych przypadków *polyneur. alcoh.*, gdzie zmian w komórkach rogów przednich nie ma, wytłómaczenia, łatwo zrozumieć, przypomniawszy sobie, że po przecięciu obwodowych nerwów u zwierząt (Nissl, Ballet i t. d.) występują zawsze, i to w najkrótszym czasie, zmiany w komórkach odpowiadających uszkodzonym nerwom, a że przecież w *polyneur. alcoh.* schorzenie nerwów nie jest mniejsze, (jak n. p. w naszym przypadku), więc zmiany w komórkach rogów przednich byłyby także przyrody drugorzędnej.

Co do innych zmian w rdzeniu pacierzowym, to rozpatrzywszy się w piśmiennictwie dochodzimy do przekonania, że z największem prawdopodobieństwem zmiany te nie zależą od nerwów obwodowych, lecz albo pierwotnie powstają w rdzeniu, albo wychodzą z korzeni. W pierwszym razie chodzi o ogniska rozsiane (Pal, Payne, Sharkey, Oppenheim), ale przecież najczęściej znajdujące się w sznurach tylnych, jak to miało miejsce i w moim przypadku. Częściej jednak podawano korzenie tylne za punkt wyjścia zwyrodnienia rdzenia. W tych przypadkach można było wykazać związek obu zmian, gdyż chodziło o zwyrodnienie wstępujące w sznurach tylnych, a usadowienie i natężenie tych zmian odpowiadało zmianom w tylnych korzeniach. Takie przypadki opisali Winkler, Pal, Wilkin, Biggs, Gudden, Braun (zatrucie ołow.), Goldscheider i Moxter, Soukhanoff i Heilbronner.

Tylko w niewielu przypadkach były zmiany tylnych korzeni mniejsze, niż tylnych sznurów, a wtedy jednak położenie zmian było takie, że nie mogło ulegać wątpliwości drugorzędne wstępujące zwyrodnienie w sznurach tylnych. W niektórych przypadkach spostrzegano zmiany tylko w tylnych korzeniach (Campbell, Rennert, Biedekarten), co Campbell uważa za dowód, że schorzenie tylnych korzeni jest pierwotne.

Wyniki badań wskazują więc najczęściej na pierwotne albo drugorzędne zajęcie sznurów tylnych. Wyjaśnienie tego podaje Edinger, z którym i Heilbronner się zgadza: „Die verschiedenen nervösen Apparate sollen in verschieden starkem Masse in Anspruch genommen werden, demnach auch in verschiedenem Masse des Ersatzes für den durch die Function eintretenden Verbrauch bedürfen; finden die Ersatzvorgänge — gleichviel aus welcher Ursache — nicht mehr in ausreichendem Masse statt, so leiden zunächst diejenigen Apparate, die, als meist in Anspruch genommene, des Ersatzes bedürftig wären“ To przypuszczenie już z tego powodu nie zadawalnia, ponieważ zarazem trzebaby przyjąć, że przy każdej z tych trucizn, które działają swoiście na pewne, dokładnie dziś określone, części układu nerwowego, inna część systemu nerwowego jest zużywaną i tak n. p. musiałby każdy pijak najwięcej używać i zużywać gromadę mięśni, zaopatrywaną przez n. strzałkowy, każdy chory na porażenie ołowicze używałby najwięcej mięśni, zaopatrywanych przez n. sprychowy. Zdaje mi się, że prostszem i dostatecznem wyjaśnieniem jest przyjęcie „pokrewieństwa“ *(Affinität)* pewnych trucizn do pewnych odcinków układu nerwowego, które podał r. 1885 Schultze, a potem Redlich dla układu nerwowego ośrodkowego.

Co się tyczy poruszonego już pytania, o stosunku zmian ośrodkowych i obwodowych do siebie, to z wyjątkiem zmian w komórkach rogów przednich, które najprawdopodobniej stoją w bezpośrednim związku ze sprawą zwyrodnienia w nerwach obwodowych, przyłączam się do zapatrywania Oppenheima, Pala, Heilbronnera, Guddena, Redlicha, którzy uważają te dwie sprawy za równorzędne, wywołane tą samą szkodliwością. Za tem zapatrywaniem przemawia to, że często w *polyn. alcoh.* nie znajdujemy zwyrodnień w rdzeniu (w naszym 1 i 2 przypadku) a nadto są znane przypadki (n. p. Vierordta), w których istniały zmiany w rdzeniu bez zmian w nerwach obwodowych. Takie przypadki mogą zachęcić do badania rdzenia wszystkich nałogowych pijaków, którzy zmarli nawet bez objawów schorzenia nerwów, aby się przekonać, czy często przy nietkniętych nerwach obwodowych znajdują się zmiany w rdzeniu, wywołane zatruciem wyskokowem. Takie przypadki mogłyby pouczyć, które zmiany są wywołane zatruciem wyskokowem, a które są następowe, spowodowane zapaleniem nerwów obwodowych.

Tylko bardzo liczne badania mogą rozstrzygnąć sprawę zależności zmian ośrodkowych od zmian obwodowych.

V. Wyciągi.

Mircoli. **O ropnem pochodzeniu pląsawicy gośćcowej i spraw gośćcowych wogóle.** (*Berl. kl. Wochenschft.* N. 14. 1900). Upominając się o pierwszeństwo w wykazaniu związku między pląsawicą, gośćcem stawowym a gronkowcami, przypomina M., że swojego czasu znalazł w jednym przypadku rwy kulszowej z następowem wstępującem zapaleniem rdzenia podobnie, jak w przerostowem zapaleniu opon części szyjnej rdzenia i w ostrem zapaleniu opon miękich. (*Meningitis acutissima sporadica*), bakterye ropne. M. znajdował w ostrych sprawach gośćcowych nietylko gronkowce i paciorkowce, ale dwoinki (diplo- i gonokoki). *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Baumler. **Leczenie gruźlicy w XIX stuleciu.** (*Berl. kl. Wochenschft* N. 14. 1900). Autor wspominając o stanowisku nauki i jej zapatrywaniach na istotę sprawy gruźliczej w ciągu naszego wieku, daje krótki obraz zasad leczenia gruźlicy, których w tym czasie się trzymano. Do nich w pierwszym rzędzie należało leczenie przeciwzapalne, a więc: upusty krwi, zawłoki, pryszczydła, środki czyszczące i wymiotne; leczenie utrzymało się aż do drugiej połowy naszego stulecia. Obok mniej lub więcej niewinnych wywarów ziół, podawano także takie środki, jak antymon, rtęć, a przedowszystkiem jod; to wszystko zależnie od szkoły, której dany lekarz się trzymał. Ci, którzy jak J. Clark (1835) główną swą uwagę

zwracać poczęli na dobre odżywianie, słońce i świeże powietrze, podawali tran, korę chinową, opium. Zapatrywania na istotę choroby samej, jej rokowanie zostały oczywiście ustalone dopiero po wykryciu prątku gruźliczego. Od tego czasu można było mówić dopiero o zapobieganiu chorobie i o jej leczeniu. W myśl teoryi Buhla i Niemeyera, że gruźlica jest chorobą zakaźną, której czynnik chorobotwórczy znajduje się w ogniskach serowatych, poczęto gdzie to tylko było możliwem wycinać i usuwać serowato zwyrodniałe gruczoły, zajęte kości i stawy, jak również powierzchowne zmiany skóry. Z postępem chirurgii zakres przedsiębranych w tym celu operacyj się zwiększał, równolegle zaś miejscowe leczenie jodoformowe dobijać się zaczęło znaczenia. Obecnie chirurgiczne leczenie gruźliczych zapaleń otrzewny, a nawet ograniczonych zmian w płucach zyskuje szermierzy.

Prawdziwy przełom w ogólnej terapii gruźlicy sprowadza Brehmer: od niego zaznacza się wybitnie kierunek leczenia gruźlicy na drodze dyetetyczno-higienicznych zabiegów. — Ogólna, wszechświatowa dziś dążność do tworzenia odpowiednich leczniczych zakładów ma także w tym kierunku swoje źródło. Obecnie nauka wytęża wszystkie siły, aby umożliwić rozpoznanie jaknajwcześniejszych okresów gruźlicy, a postulatem przyszłości jest leczyć wszystkie przypadki w najwcześniejszych okresach w odpowiednio urządzonych zakładach.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

M. Porges: **Przyczynek do działania wyciągu gruczołu tarczykowego.** (*Berl. klin. Wochenschrift* 1900, Nr. 14). W doświadczeniach na psach przekonał się P., że wyciąg gruczołu tarczykowego nie tylko spala tłuszcz i sprowadza rozpad białka, ale wywołuje także znacznego stopnia cukrzycę, którą spostrzegał nawet przez dłuższy czas po odstawieniu wyciągu. Pojawianie się cukru w moczu po wyciągach gruczołu tarczykowego spostrzegano i u ludzi, wobec czego P. stwierdza, że przetwory gruczołu tarczykowego nie są stałe, działanie ich nie jest pewne i do szerokiego zastósowania się nie nadają. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Salge i Stoeltzner: **Nowy sposób zastósowania srebra w histologii.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, 14). Autorowie zastósowali do techniki histologicznej działanie tak zwanych w sztuce fotograficznej „wywoływaczy“ na sole srebrowe. Najlepszym okazał się t. zw. amidol. Sposób postępowania z preparatami: 3 minuty w rozczynie 0·5% $AgNO_3$, opłókanie w wodzie, 1 minuta w 5% rozczynie BrNa, ponowne opłókanie, wreszcie umieszczenie w amidolu (rozczyn taki, jak używany przez fotografów). W ten sposób srebrzone preparaty można potem podbarwiać litionkarminem: próby pozłacania i platynowania preparatów w sposób, używany u fotografów, nie wydały lepszych wyników, niż samo srebrzenie, natomiast zaleca się użycie po srebrzeniu soli uranowych, poczem można podbarwiać preparaty błękitem metylowym (nie metynelowym), lub „wodnym“ (*Wasserblau* III B). Sposób swój wypróbowali autorowie dotychczas tylko na preparatach z kości krzywiczych, w których mimo odwapnienia można przy tem osiągnąć wyraźną różnicę między tkanką kostnawą, a częściami sztucznie odwapnionemi. (Sprawdzając sposób autorów, nie zdołałem dotąd otrzymać zbyt zachęcających wyników. *Przyp. spraw.*). *Ciechanowski.*

Ott: **O zatorze tętnic krezkowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 14). O. ogłasza 2 przypadki zatoru tętnic jelitowych, w których aczkolwiek sekcyą rozpoznania nie stwierdzono, jednakże spostrzegano wszystkie objawy, zatorowi takiemu odpowiadające. W jednym przypadku tłem była wada zastawki dwudzielnej i przewlekłe zapalenie nerek, w drugim wysokiego stopnia miażdżyca tętnic z następowem połowiczem porażeniem. W obu przypadkach pojawił się krwotok jelitowy, nagły spadek ciepłoty, kolki jelitowe, napięcie i bębnica brzucha, a więc przypady, znamienne dla zatoru tętnic jelitowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski*

Rolly: **O wpływie ichtalbinu na przemianę materyi i czynność jelit u dzieci.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). Na podstawie ścisłych badań przekonano się, że ichtalbin wpływa nadzwyczaj korzystnie na przemianę materyi i poprawia stale apetyt. Również działa doskonale ichtalbin w przewlekłych nieżytach jelit, zmniejszając sprawy gnicia w równej mierze, jak jodoform lub kalomel. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

Peters: **O działaniu dormiolu, jako środka nasennego.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). P. polecając dormiol (0,5—2,0 na dawkę), uważa go za tańszy, a równie nieszkodliwy i dobrze działający środek nasenny, jak paraldehyd, amylhydrat i trional.
Dr. St. B. Kwiatkowski.

Schorlemmer: **O wykazywaniu barwików żółciowych i klinicznem znaczeniu znachodzenia bilirubiny w kale.** (*Münch. med. Wochft.* 1900, Nr. 14). Do wykrywania barwików żółciowych w kale próba Gmelina nie nadaje się, natomiast dobre bardzo usługi w tych przypadkach oddaje próba sublimatowa Schmidta: 2—3 cm. świeżego kału rozciera się na szalce ze zgęszczonym rozczynem wodnym sublimatu, zostawia się w przykrytem naczyniu przez 24 godzin, poczem wyszukuje się makro- i mikroskopowo zielono zabarwione cząsteczki. W stolcach prawidłowych, jak również przy czysto żołądkowych zaburzeniach, S. nie znajdował barwików żółciowych, znachodził je zaś stale przy zaburzeniach jelitowych. *Dr. St. B. Kwiatkowski.*

A. Theilhaber: **O przyczynach krwotoków w okresie przejściowym.** (*Münch. med. Woch.* 1900, Nr. 14). U chorych, krwawiących w okresie przejściowym, jeżeli te krwotoki nie pochodzą z nowotworu, napotyka się zwykle na następujące zmiany w narządach rodnych. Albo kobiety takie okazują zanik starczy sromu i błony śluzowej pochwy, częstokroć złączony z nieznacznem jej obniżeniem, zanik jajników i powiększenie, a zwłaszcza wydłużenie macicy, albo też cały narząd rodny przedstawia obraz zaniku starczego. Przyczyny krwotoków przy tym obrazie anatomicznym szukano w skutkach zastoju, w miażdżycy tętnic, w „udarze“ macicy, lub też w zapaleniu błony śluzowej macicy na tle zmian w jajnikach. Autor zwraca uwagę, że przyczyny tej nieprawidłowości należy szukać w samym mięśniu macicy, skoro bowiem wystąpi zanik mięśnia macicy, a naczynia pozostaną jeszcze nieodpowiednio szerokie, występuje niedowład macicy, który jest przyczyną długotrwałych i obfitych nieregularnych krwawień. Ta sama przyczyna, zdaniem autora, powołuje krwotoki miesiączkowe u młodych dziewcząt i u kobiet dotkniętych włókniakami, a zbliżających się do okresu przejściowego.
St. D.

Schenk i Austerlitz. **Dalsze badania nad obecnością bakteryi w cewce moczowej kobiet.** (*Wiener kl. Wochs.* 1900. 14) Dawniejsze badania S. i A. dotyczyły 60 kobiet z prawidłową cewką moczową; w przeszło połowie przypadków tych nie zawierała cewka wcale drobnoustrojów, zresztą nieszkodliwe saprofity, a tylko 2 razy drobnoustroje chorobotwórcze.

Z powodu pracy Savora, który zbadawszy 141 chore ginekologiczne, 120 ciężarnych i 88 położnic doszedł do odmiennych wyników, np. tylko u 10 położnic nie znalazł w cewce moczowej bakteryi, a zresztą bardzo często znajdował bakterye ropne, podjęli autorowie ponowne badania w tej sprawie. Przedewszystkiem na 10 przypadkach nieżytu pęcherza przekonali się autorowie, że używany przez nich sposób badania jest możliwie najlepszy, a w każdym razie lepszy, niż sposób Savora; stąd wniosek, że odmienne wyniki Savora polegają na błędnej metodzie badania. Następnie zbadali 75 kobiet (po 25 chorych ginekologicznych, ciężarnych i położnic) i znowu doszli do wyników podobnych, jak w swych badaniach dawniejszych, stwierdzając nadto, że i przedsionek, podobnie jak cewka moczowa, rzadko tylko zawiera bakterye chorobotwórcze; u ciężarnych i położnic cewka prawie w połowie przypadków nie zawiera wcale bakteryi; zresztą zaś znalezione bakterye są przeważnie (prócz 2 przypadków pomiędzy badanemi położnicami) nieszkodliwe i dostają się do cewki z przedsionka. *Ciechanowski,*

Doc. Pick. Odpowiedź na artykuł Eisenmengera **„O t. zw. rzekomej marskości wątroby“** (*Pseudolebercirrhose*) (*Wiener kl. Wochs.* 1900 14). Oprócz wykazania różnych sprzeczności w pracy E. nieopartej zresztą na własnych badaniach, zaznacza P., że właśnie opisując swoją „Pseudolebercirrhose“, nie jako odrębną chorobę, lecz jako pewien zbiór objawów, zamierzał ułatwić unikanie błędów rozpoznawczych i trafne rozpoznawanie istotnego tła choroby. Tymczasem E. błędnie utrzymuje, że P. oparł swoje wywody na prostym błędzie rozpoznawczym, co najzupełniej nie zgadza się z prawdą i z usiłowaniami P. *C.*

Ehrendorfer. **O pachwinowem skracaniu i umocowywaniu więzów okrągłych przy tyłozgięciach macicy** (*Wien. klin. Wochs.* 1900 Nr. 14). Praca autora zmierza do tego, by zwrócić uwagę ogólną na skuteczność wymienionego w tytule zabiegu przy zupełnie wolnych, albo zupełnie uruchomionych tyłozgięciach macicy, jeżeli nie są połączone ze zbyt znacznem obniżeniem pochwy i macicy, jakoteż ze zbyt wielkiem zwiotczeniem powłok brzusznych. Autor w pracy swojej podawszy historyę tej operacyi opisuje jak najdokładniej sposób, w jaki się dziś tej operacyi dokonywa, łącząc ją z zamknięciem kanału pachwinowego według Bassiniego. Wspomniana operacya nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw dla chorej, ani bezpośrednich, ani następowych po możliwem zastąpieniu, jak to zazwyczaj sprowadzają inne sposoby umocowania macicy w prawidłowem położeniu. *St. D.*

Malkoff. **W sprawie aglutynacyi ciałek czerwonych.** (*Deutsch. med. Wochs.* 1900. 14) M. dochodzi na zasadzie licznych doświadczeń do następujących wniosków: 1) Własność zlepiająca (aglutynacyjna) surowic polega na zawartej w nich swoistej sub-

stancyi „aglutyninie“; 2) aglutynina ma swoiste powinowactwo do tych pierwocin postaciowych (bakterye, ciałka czerwone, przybłonki), których zlepianie się wywołuje; mianowicie związaną ona zostaje tylko przez pewien rodzaj tych pierwocin, właśnie ten, na który działa zlepiająco; 3) surowica, działająca zlepiająco (aglutynująca) równocześnie kilka rozmaitych rodzajów komórek, zawiera tyle rozmaitych swoistych gatunków aglutynin, ile rozmaitych rodzajów komórek aglutynuje. *Ciechanowski.*

H. Ostermann. **Przyczynek do sprawy leczenia krwawień macicznych** *(Deutsch. med. Wochs.* 1900. Nr. 13, 14). Leczenie krwawień macicznych częstokroć nie może być przyczynowem, przeto musi być z konieczności objawowem. Istnieje cały szereg środków, które używane wewnętrznie, a nawet miejscowo mniej lub więcej dodatnio działają przeciw krwawieniom. Środkiem, który stosowany do macicy powstrzymuje napewno krwawienie, a przy tem zupełnie nie działa drażniąco na otoczenie, jest ciepła mięszanka antypiryny z salolem. Przetwór ten otrzymuje się przez stopienie obu środków w równych częściach w próbówce, przez co powstaje ciecz gęsta, lepka. Cieczy tej, właśnie ciepłej, używał autor wprowadzając ją na odpowiednich pręcikach do wnętrza macicy po poprzedniem oczyszczeniu błony śluzowej do sucha watą. Czasami już jednorazowe zastosowanie tego leczenia powstrzymywało długotrwałe krwawienia, a w ogóle autor stosował w 30 przypadkach leczenie to z pomyślnym wynikiem. *St. D.*

Dr. Menge. **Ciąża i poród po „hysterocolpocleisis“.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 13). Autor opisuje przypadek bardzo znacznej przetoki, którą najprzód próbowano zeszyć drogą jamy brzusznej, a gdy to nie dało dobrego wyniku, dokonano *hysterocolpocleisis.* Mimo tego zabiegu, zupełnie pomyślnie ukończonego, chora zastąpiła. W 6 miesiącu ciąży chora zgłosiła się do autora, a skoro wtedy nie udało się odnaleźć nigdzie w linii zeszycia pochwy żadnego otworu, polecił autor zgłosić się chorej w końcu ciąży do cięcia cesarskiego sposobem Porro. Chora zgłosiła się rzeczywiście, ale już z porodem daleko posuniętym; badanie wykazało położenie pośladkowe ustalone i rozdartą linię zaszycia pochwy. Poród odbył się siłami natury prawidłowo, połóg również, przyczem stwierdzono, że mocz przez pochwę wcale nie odpływa. Dokładne badanie w 7 tygodni po porodzie, przeprowadzone zapomocą naświetlenia pęcherza, wykazało w pęcherzu sierpowaty otwór, którego brzeg górny zachodził dachówkowato po nad dolny, przez co wytworzył się rodzaj zastawki, przepuszczającej treść z macicy do pęcherza, nie przepuszczający jednak moczu do macicy. *St. D.*

F. Ahlfeld. **O zaopatrywaniu resztek pępowiny.** (*Ctbl. für Gyn.* Nr. 13, 1900). Autor w odpowiedzi na pracę Martina o zaopatrywaniu pępowiny podaje swój sposób, który stosowany w przeszło 1000 przypadków nigdy go nie zawiódł. Po urodzeniu płodu przecina autor pępowinę w odległości 8—10 cm. od pępka i dziecko kąpie. W godzinę lub półtorej skraca znacznie kikut pępowiny, obmywa go 96% wyskokiem i opatruje aseptyczną watą. Opatrunek ten pozostaje niezmieniony przez 5—6 dni, chyba, że podmoknie moczem, przyczem dziecka zupełnie się nie kąpie. Jedwabiu, jako podwiązki do pępowiny, autor nigdyby nie używał, bo możnaby łatwo albo przeciąć naczynie, albo wywołać krwiak. Tem mniej byłby autor skłonnym do przecinania pępowiny rozpalonemi nożyczkami, które użyte nieodpowiednio przez położne, dawałyby często powód do znaczniejszych oparzeń. *St. D.*

Otto Kustner. **Leczenie operacyjne paliatywne raka macicy, nie nadającego się do leczenia doszczętnego** (*Ctbl. f. G.* Nr. 14 1900) Autor w przypadkach raka macicy nie nadających się do leczenia operacyjnego doszczętnego dokonywa t. zw. colpocleisis rectalis; myślą przewodnią tej operacyi jest to, by wszelkie cuchnące odchody odprowadzać do kiszki odchodowej i wydzielanie ich uczynić zależnem od woli chorej. Operacyę wykonać należy w następujący sposób: Oczyszcza się ostrą łyżeczką i przypaleniem owrzodzenie rakowe, zakłada się szeroką przetokę pochwowo-odbytniczą, brzegi jej obszywa się. po czem zaszywa się zupełnie wejście do pochwy. W dalszym przebiegu należy tylko starać się o utrzymanie przetoki pochwowo-odbytniczej. Ewentualne dalsze krwotoki można wstrzymywać albo tamponadą pochwy, albo też przestrzykiwaniami zimnemi przez przetokę odbytniczą. *St. D.*

O. Erhardt: **O rzadszych schorzeniach kaletek maziowych** (Z kliniki v. Eiselsberga). (*Archiv. f. klin. Chir.* T. 60 Z. 4). W rozprawce tej opisuje autor siedem przypadków zajęcia kaletek maziowych (*bursa mucosa*), rzadko spostrzeganych. Mianowicie: w 1 przypadku chodziło o wylanie się krwi do kaletki pod mięśniem trójgraniastym; u jednego chorego spostrzegał autor wysięk do kaletki kuprowej (ponad IV kręgiem krzyżowym): dwa razy zaś widział to samo w dole podkolanowym. „Ciekawszem“ jest to, że w 6 z tych przypadków z całą pewnością lub wielkiem prawdopodobieństwem można było rozpoznawać gruźlicę, jako tło chorobowe. *Herman.*

Coste. **Przyczynek do leczenia złamań rzepki.** (Z kliniki Bergmanna). (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60, Z. 4). Od kilku już lat Bergmann zasadniczo, w każdym przypadku złamania rzepki, wykonywa zeszycie odłamków po szerokiem odsłonięciu stawu wedle poleceń Dieffenbacha, Listera i Trendelenburga. Odsłania przeto cięciem podłużnem, równoległem do osi kończyny, poprowadzonem ponad rzepką na przestrzeni około 12 ctm., złamaną kość. Świderkiem wywierca skośne otwory, nie przechodzące jednakowoż przez powierzchnię chrzęstną rzepki. i przeprowadza przez nie drut z glinu i bronzu (Bronzealuminiumdrath), którym przybliża i ustala odłamki. Naddarty przyrząd więzadłowy zeszywa katgutem. Aby zapobiedz zgubnym następstwom ropienia, robi po obu stronach rzepki na najniższych punktach otwory, przez które przeprowadza setony. Opatrunek gipsowy zakłada także i na miednicę, i pozostawia go przez 3—4 tygodni. Po tym czasie zdejmuje opatrunek częściowo na udzie, mięsi i elektryzuje mięśnie uda i dopiero po dalszych 2—3 tygodniach zdejmuje opatrunek zupełnie i rozpoczyna gimnastykę. Jeżeli istnieje znaczny rozstęp odłamków, odłutowuje *tuberositas tibiae*, aby znieść napięcie. *Herman.*

Lewerenz. **O chirurgicznem leczeniu podskórnych pęknięć śledziony.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60, Z. 4). Różne przyczyny składają się na to, że statystyka pęknięć śledziony nie jest zbyt obfita. Rozpoznanie tego uszkodzenia jest zawsze trudne, bo brak swoistych objawów. Domyślać się jeno można, że między innymi narządami i śledziona uległa uszkodzeniu, gdy stwierdzimy ból, wyraźnie usadowiony w lewem podżebrzu i zwiększenie stłumienia w tejże okolicy. U swego chorego, którego przejechał ciężki wóz, stwierdził L. tylko objawy gwałtownego krwotoku do jamy brzusznej, a dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonał się, że źródłem krwotoku była śledziona, pęknięta dwukrotnie na swej wypukłej powierzchni, prawie poprzecznie do długiej osi. L. wykonał w tym przypadku (z jak najlepszym wynikiem dla chorego), wycięcie śledziony. Po operacyi upłynęło 2 mies., zanim stosunki we krwi powróciły do stanu prawidłowego. Mianowicie w pierwszych dniach stwierdzał L. zwiększenie się ilości ciałek białych (8—9 : 450—500 czerw.) które powoli zmniejszało się tak, że w 9 tygodniu po operacyi wypadało 1 ciałko białe na 600 czerwonych. Liczba krwinek wynosiła początkowo 3½ mil. Nigdy nie udało się autorowi stwierdzić nieprawidłowych kształtów erytrocytów, lub nieprawidłowego stosunku między ciałkami białymi. Nawiązując do swego spostrzeżenia zestawia autor z piśmiennictwa wszystkie tego rodzaju przypadki i zastanawia się nad leczeniem. Z zachowania się biernego, wyczekującego, chorzy rzadko kiedy korzyść odnoszą. Rychło następuje śmierć ze skrwawienia. Wyjątkowo jednak i tak zdarzyć się może wyleczenie, jakby o tem świadczyły blizny, znachodzone niekiedy na powierzchni śledziony przy sekcyi. Dlatego też usprawiedliwionem jest zupełnie postępowanie operacyjne t. j. laparotomia, a potem albo 1) wycięcie śledziony, albo 2) zaszycie pęknięcia, albo 3) przypalenie rany i tamponowanie. Od stanu śledziony i chorego zależeć będzie wybór sposobu. W tych przypadkach, gdzie śledziona jest niepowiększona, z otoczeniem nie zrośnięta, autor zasadniczo głosuje za wyjęciem śledziony. Dotychczasowa statystyka tak się przedstawia: ze 105 chorych, tylko wyczekująco leczonych po doznanem uszkodzeniu, wliczając już w to przypadki o wątpliwem rozpoznaniu, wyzdrowiało 15 tj. 14·3%, z 30 zaś operowanych, gdzie zatem rozpoznanie było zupełnie pewne, wyzdrowiało 16 czyli 53·3% (w szczególności po splenektomii z 25 wyzdrowiało 13, po tamponadzie z 2 wyzdrowiał 1 i 1 umarł po zeszyciu rany w śledzionie). *Herman.*

W. Respinger. **O rzekomej zaraźliwości róży.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 20, Z. 2). Autor, do spółki z Häglerem, przeszczepiali w znaczniejszej ilości przypadków łuszczący się naskórek i zawartość pęcherzyków w przebiegu róży na agar i bulion — i ani razu nie udało im się wykazać paciorkowców. Stąd wniosek, że róża nie może udzielać się przez powietrze z jednego chorego na drugiego, gdyż materjał, który w zwykłych przypadkach mógłby w takiem zakażeniu pośredniczyć, t. j. płatki naskórka i zawartość pęcherzyków, jest jałowym. Gdzie na obszarze, przez różę zajętym, znajduje się równocześnie rana, wydzielina jej po wyschnięciu mogłaby się dostać w powietrze. Umiemy jednak zapobiegać takiemu wysychaniu. Dalej z tych wyników wnosić można, że mniej groźnem jest przeniesienie na czyste rany wydzielin róży, aniżeli ropy z ropówki (*phlegmone*). Nie ma zatem potrzeby chorych z różą oddzielać, lecz co najwyżej postępować z nimi, jak z chorymi na ropówkę, ropnicę etc. *Herman.*

Dr. E. Piccoli. **Przyczynek do doszczętnego leczenia przepuklin pępkowych.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 2, 1900). Po dokładnem oddzieleniu worka przepuklinowego, szczególnie w okolicy szyjki i odprowadzeniu jego zawartości do jamy brzusznej, odcina go P. u podstawy i otwór zaszywa. Następnie palcem oddziela otrzewnę od ścian brzusznych w całym obwodzie bramy na dość znacznej przestrzeni i cięciem 3 ctm. długiem rozszerza bramę w linii środkowej ku górze i ku dołowi. Na lewy brzeg bramy zakłada kilka (4—5) szwów jedwabnych, zawiązuje je na węzeł chirurgiczny i przy każdym pozostawia oba końce długie. Szwy te przechodzą w odległości 3—4 milim. od krawędzi. Z porządku na nitkę jednego ze szwów środkowych nawleka P. igłę i przekłówa ją przez brzeg prawy bramy przepuklinowej, wkłówając od spodu do powierzchni i w odległości około 3 ctm. od krawędzi. To samo czyni z drugą nitką tego samego szwu i teraz dopiero oba końce już poraz wtóry zawęźla. To samo wykonywa z pozostałymi szwami z tą tylko odmianą, że czem dalej od środka bramy przepuklinowej, tem bliżej krawędzi brzegu prawego nici zawęźla. Po zaciągnięciu wszystkich szwów brzeg lewy bramy przepuklinowej zostaje podsunięty pod prawy, skutkiem czego teraz bramę przepuklinową zamykają zdwojone powłoki brzuszne. Właściwą operacyę kończy przyszycie wolnej jeszcze krawędzi brzegu prawego do górnej powierzchni brzegu lewego dawnej bramy przepuklinowej. *Herman.*

Glénard. **O leczeniu duru u dzieci zapomocą kąpieli zimnych.** (*Revue mens. des mal. de l'enfance.* Styczeń 1900). Śmiertelność w przebiegu duru u dzieci, wynosząca przy leczeniu zapomocą samych leków 15%, spada na 11% przy leczeniu mięszanem, a na 2,5% przy systematycznem stósowaniu kąpieli zimnych. Metoda polega na stósowaniu kąpieli o ciepłocie 22° przez 10 minut ze zlewaniami zimnemi, powtarzając je co trzy godziny, jeżeli ciepłota dosięga 39°. Przed kąpielą podaje się łyżeczkę wina Bordeaux lub hiszpańskiego. Przy grożącym zapadzie zlewania są zimniejsze, kąpiel trwa krócej i wykonuje się nacierania ciała. Lekarze, stosujący u dzieci kąpiele zimne w przebiegu duru, nie spostrzegali nigdy zapadu. W końcu zapewnia autor, że dur, leczony systematycznem stósowaniem kąpieli zimnych, jest chorobą nader łagodną. *Dr. Jan Landau.*

Hahn. *Encephalopathia saturnina* **u dziecka 13 miesięcznego po maści Hebry. Śmierć.** (*Archiv f. Kinderheilk.* 28. Z. 3 i 4). U 13 miesięcznego dziecka stósowano maść Hebry przez 4 miesiące z powodu wyprysku na głowie, poczem wystąpiły drgawki bez podwyższenia ciepłoty, przy tętnie twardem, chybkiem. Podawano brom, zmyto maść Hebry i zalecono maść siarkową. W dwa dni potem powtórnie drgawki. Dziecko źle odżywione, blade, bez gorączki, śpiączka. Ciemię wielkie wypuklone, tętniące, tętno 80, nieregularne. Na brzegu dziąseł, przylegających do zębów siecznych, zabarwienie czarne. Drżenie rąk, brak porażeń, odruchy kolanowe wzmożone. Dno oka prawidłowe. Stolec zaparty, w moczu ślad białka, dużo kwasu moczowego. Następnego dnia śmierć. Sekcya wykazała: *Hydrocephaloid levioris gradus. Enterocatarrhus chronicus.* Badanie chemiczne tkanki mózgowej wykazało obecność 0,0013 ołowiu w 4,8 g. suchej tkanki mózgowej. Jestto pierwszy przypadek chemicznie stwierdzonej *Encephalopathia saturnina* u dziecka. *Dr. Jan Landau.*

Stamm. (Hamburg). ***Thyreoiditis acuta (idiopathica).*** (*Archiv f. Kinderheilk.* 28. Z. 3 i 4). Autor opisuje rzadki przypadek pojawienia się samoistnego zapalenia gruczołu tarczykowego u 11 letniej dziewczynki. Choroba rozpoczęła się nagle gorączką, kaszlem i obrzmieniem na szyi. Obrzmienie wielkości jaja kurzego sięgało od chrząstki pierścieniowatej aż do zagłębienia na górnym brzegu mostka, przylegało do tchawicy i przesuwało ją nieco na lewo. Skóra ponad obrzmieniem prawidłowa i przesuwalna. Głos ochrypły, oddechanie swobodne. Wypukiem serce przekracza na szerokość palca lewą linię sutkową; pierwszy ton nad koniuszkiem rozszczepiony. Po dwóch dniach pod wpływem leczenia przeciwzapalnego obrzmienie się zmniejszyło, chrypka ustąpiła, a po 8 dniach obrzmienie zupełnie znikło. Ponieważ obrzmienia nie poprzedzała choroba zakaźna, przeto S. uważa je za cierpienie samoistne. *Dr. Jan Landau.*

Hagenbach-Burckhardt. **Tężyczka pęcherza moczowego** (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 49. Z. 1). Przytoczywszy przypadki Sachsa, Oddona i Eschericha, którzy spostrzegali zatrzymanie moczu w przebiegu tężyczki, opisuje autor przypadek własny, w którym na przyczynę zatrzymania moczu, stanowiącego główny objaw choroby, naprowadziły objawy tężyczki w innych mięśniach. 3 letnie dziecko pijaka, wychowywane w złych warunkach higienicznych, okazujące objawy krzywicy, przebyło zaburzenia w narządzie trawienia i drgawki. Pęcherz przepełniony; w moczu białko, dyazoreakcya. Następnego dnia pęcherz sięga do pępka, ciepłota 40° C., drgawki. W dwa dni później napady drgawek okazały się jako typowe napady tężyczki. Wyraźny objaw Chwostka i Trousseaua. Odruchy kolanowe osłabione. Zatrzymanie moczu odnosi autor do skurczu zwieracza pęcherza. Wreszcie zwraca H. uwagę na rzadkość pojawiania się tężyczki w Bazylei w porównaniu z Austryą, gdyż w ostatnich dwóch latach widział 3 — 4 przypadków tężyczki. (W ostatnich kilku tygodniach miałem sposobność spostrzegać 2 przypadki tężyczki na tle krzywicy, z których jeden na oddziale moim w Szpitalu izraelickim w Krakowie. *Przypisek sprawozdawcy*). *Dr. Jan Landau.*

J. Babiński i A. Charpentier. **Stosunek braku odruchów źrenicznych do kiły.** (Odb. z *Bull. de la soc. de derm.* 13. VII. 1899). Autor na podstawie badań odruchów źrenicznych u 1200 zdrowych ludzi i w 18 przypadkach kiły, już to dziedzicznej, już to późnej, gdzie zakażenie nie ulegało wątpliwości, twierdzi, iż brak odruchu źrenicznego na światło jest bardzo ważnym objawem kiły dziedzicznej lub nabytej, a w przypadkach wątpliwego zakażenia czyni to zakażenie bardzo prawdopodobnem. Osłabienie tego odruchu nie ma takiego znaczenia, gdyż zdarza się i w zatruciu wyskokiem. Dodać należy, iż w badanych przez autora przypadkach nie było żadnych objawów, wskazujących na chorobę organiczną układu nerwowego (wiąd rdzenia, zniedołężnienie poraźne i t. d.) oprócz zaburzeń w odruchu źrenicznym. *Dr. Latkowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4. kwietnia 1900.

Przewodniczący: Kol. prof. Jordan.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. prof. Bujwid w odczycie „O zastósowaniu rur ołowianych przy wodociągach“ przytacza procentową liczbę miast w poszczególnych państwach europejskich, które przy swych wodociągach używają rur ołowianych; zestawia rozmaite rodzaje rur, jakie do dziś dnia były i są używane, przytaczając ich dobre i złe strony; zestawia dodatnie i ujemne strony rur ołowianych i przychodzi na podstawie badań wody krakowskiej, branej w rozmaitych odstępach czasu z zamkniętych rur ołowianych, przeprowadzonych pod jego kierunkiem w Zakładzie dla badania środków spożywczych, do wniosku, że rury ołowiane mogą być zaprowadzone przy wodociągach krakowskich bez żadnej dla zdrowotności szkody, że jednak musi być wprowadzoną co do używania wody instrukcya, w której jako ważny punkt podniesionem być musi między innemi, że wody tej prędzej, niż po upływie sześciu dni, używać nie wolno (*Odczyt w całości ogłoszony będzie drukiem*).

W nader ożywionej dyskusyi zabierają głos:

Kol. Doc. Seńkowski nie zgadza się ze zdaniem kol. prelegenta, jakoby twarde wody z reguły nie rozpuszczały ołowiu, przeciwnie trafiają się bardzo twarde wody, w których ołów rozpuszcza się wcale łatwo. — Przyczyny tego zjawiska nie wyświetlono jeszcze dokładnie; przypuszczalnie odgrywa tu rolę: 1) obecność w wodzie ciał organicznych, 2) obecność chlorków i siarkanów. Doświadczenia kol. prelegenta są krótkie i nie wystarczające do wydania ostatecznego orzeczenia w tej sprawie wobec tego, że skład chemiczny wody bielańskiej nie będzie stały, lecz stosownie do opadów będzie się wahał i to prawdopodobnie w dużych granicach. Nie zgadza się także z kol. prelegentem, jakoby małe ślady ołowiu, jakie znajdowano w 3 litrach badanej wody, były nieszkodliwe; przeciwnie zdaniem jego te małe ślady wywołać mogą z czasem zatrucie przewlekłe, wobec faktu, dostatecznie stwierdzonego, że ołów działa w ustroju kumulacyjnie — Kol. Seńkowski proponuje przeto rury cynowe z płaszczem ołowianym.

Kol. Bier zaznacza, że stopień twardości wody ma największy wpływ na ilość rozpuszczalnych soli ołowianych w wodzie, obok tego wpływają na rozpuszczalność oscylacya powietrza z wodą i obecność bezwodnika kwasu węglowego. Te czynniki uważa sławny badacz Frankland za najważniejsze. — Stopień twardości wody krakowskiej jest bardzo wysoki, oscylacya powietrza z wodą będzie wykluczoną, co się zaś tyczy zawartości CO_2 w wodzie bielańskiej, to ta rzeczywiście bywa różną, jednakże i to miałoby znaczenie tylko w samych początkach. — Co do zatrucia ołowiem, jakie miało miejsce w Dessau, zaznacza, że tam 1 litr wody zawierał 40 mlgr. ołowiu i zatrucia, jakie

występowały, miały charakter ostry. — Ilość 0·7 mlgr. w 1 litrze wody uważają higieniści za dopuszczalną, krakowska woda zawiera niewielkie ślady i to w początkach. — Z rur, jakie są do dnia dzisiejszego w używaniu, trzeba uważać za najlepsze ołowiane, choćby dlatego, że używa takich, a nie innych cała Anglia, Francya i 75% miast niemieckich, pomimo że np. woda w Anglii jest bardzo miękka, a jeżeli kto, to Anglicy przy swych środkach ekonomicznych wyprowadziliby inne rury, gdyby ołowiane uważali za szkodliwe. — Wprowadzenie rur, proponowanych przez kol. Seńkowskiego, przedstawia wielkie trudności, trudnem jest mianowicie ich zatapianie; obok tego koszta takich rur są znacznie większe od kosztów rur ołowianych, co w naszych stosunkach ekonomicznych musi być brane w rachubę.

Kol. Doc. Seńkowski w odpowiedzi powtarza, że małe ilości soli ołowianych w wodzie krakowskiej nie wywołają zatrucia ostrego, ale wywołać mogą zatrucie przewlekłe, gdyż ołów działa kumulacyjnie. Spajanie rur cynowych z płaszczem ołowianym uważa za łatwe.

Kol. prof. Zarewicz przemawia, jako konsument. — Różność zdań, jaka się zarysowała w dyskusyi, nie może budzić pełnego zaufania do rur ołowianych; uważa za rzecz wskazaną dla uspokojenia konsumentów sprawę tę zupełnie jasno postawić.

Kol. prof. Browicz tłómaczy, że stawianie sprawy w sposób, w jaki postawili ją w dyskusyi mówcy, może zaniepokoić publiczność, która na pewno o tej dyskusyi się dowie, a która i tak z niedowierzaniem patrzy na wodociągi krakowskie; uważa przeto za rzecz konieczną dla uspokojenia publiczności umieścić w „Przeglądzie lek." osobny artykuł, któryby 1) obejmował statystykę miast europejskich, które dziś używają rur ołowianych, 2) któryby wykazał na podstawie tej statystyki, że woda, używana w tych miastach, okazała się nieszkodliwą. W rzeczach tego rodzaju może decydować jedynie wieloletnie doświadczenie i ono mu też więcej przemawia do przekonania, jak badania teoretyczne.

Kol. prof. Ciechanowski proponuje powtórzyć badanie nad wodą bielańską na szerszą skalę.

Kol. prof. Nowak uważa powtarzanie tych badań za zbyteczne, gdyż jego zdaniem, doświadczenia, nabyte przez tych, którzy przez szereg lat używali wody z wodociągów z rurami ołowianemi, są ważniejsze od teoretycznych badań.

Kol. prof. Wachholz opisuje przypadek zatrucia ołowiem w rodzinie, która używała herbaty, opakowanej w papier ołowiany: przypadek ten nie może budzić zaufania do rur ołowianych.

W odpowiedzi zaznacza kol. prof. Bujwid, co następuje: Wodę bielańską badał przez szereg 3 lat i doszedł do przekonania, że 1) twardość jej wykazuje wahania w granicach jednego stopnia, 2) że woda bielańska przedstawia warunki do wprowadzenia rur ołowianych takie, jakich ani woda w Anglii, ani w Niemczech nie wykazuje. Badania swoje nad wodą, stojącą w rurach ołowianych przeprowadzał przez 3 miesiące i przeprowadzał je umyślnie w najniekorzystniejszych warunkach; mimo tego, woda ta zawierała tylko ślady ołowiu i to w początkach, bo później i tych śladów nie było; nie widzi też żadnych powodów, by rury ołowiane wyrzucać. Rury cynowe z płaszczami ołowianymi uważa za niepraktyczne, zatapianie ich jest nader trudnem a i niebezpiecznem, w miejscach bowiem zatapianych łatwo tworzyć się mogą ogniwa galwaniczne, ułatwiające bardzo przedostawanie się połączeń ołowianych do wody. — Przeciw propozycyi kol. prof. Browicza nie ma nic w zasadzie; wykład jego, zawierający daty statystyczne, uczyni zadość propozycyi. Na tem zakończono obrady, odraczając II. punkt porządku dziennego do następnego posiedzenia.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Porządek dzienny posiedzenia zbiorowego w sprawie gruźlicy.

Celem posiedzenia w sprawie gruźlicy jest: 1) Przedstawić treściwie obecny stan nauki o gruźlicy wogóle, w szczególności o gruźlicy płuc i zestawić to, co zrobiły inne społeczeństwa w celach zapobiegawczych i w celu zwalczenia tej choroby. 2) Przedstawić na podstawie liczb, jak się przedstawia sprawa gruźlicy u nas. 3) Powziąść konkretne uchwały zdążające do zorganizowania skutecznej walki z gruźlicą u nas i zastosowania całego systemu środków zapobiegawczych w najszerszem tego słowa znaczeniu.

I. Etyologia i sposoby szerzenia się gruźlicy.

1) Prof. Bądzyński (Lwów). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o etyologii gruźlicy.

2) Dr. O. Hewelke (Warszawa). O czynnikach, usposabiających do gruźlicy.

3) Dr. A. Sokołowski (Warszawa). Statystyczne dane w sprawie dziedziczności i zapalenia opłucnej, jako momentów, usposabiających do gruźlicy płuc.

II. Statystyka gruźlicy u nas w porównaniu ze statystyką innych krajów.

4) Radca Dr. Merunowicz (Lwów). Statystyka gruźlicy w Galicyi.

5) Dr. A. Karwowski (Poznań). Statystyka gruźlicy w WKs. Poznańskiem.

6) Dr. Polak (Warszawa) wspólnie z dr. Tchórznickim (Warszawa) i Dr. Sterlingiem (Łódź). Statystyka gruźlicy miasta Warszawy i szpitali warszawskich oraz szpitali prowincyonalnych w Królestwie.

7) Dr. Dmochowski (Warszawa). Dane statystyczne, dotyczące gruźlicy, zaczerpnięte z warszawskiego instytutu anatomo-patologicznego.

8) Dr. Dobrski (Warszawa). Uwagi w sprawie gruźlicy w Towarzystwach ubezpieczeń na życie.

Wnioski i rezolucye, dotyczące ulepszenia badań statystycznych.

II. Zapobieganie gruźlicy.

9) Prof. Dr. O. Bujwid (Kraków). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o zapobieganiu gruźlicy.

10) Dr. Janiszewski (Zakopane). Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich.

11) Dr. Dobrzycki (Warszawa). Profilaktyka gruźlicy w sanatoryach i zdrojowiskach w Królestwie.

12) Dr. Babiński (Warszawa). Gruźlica i jej profilaktyka w jednej z fabryk warszawskich.

Wnioski i rezulacye w sprawie zapobiegania gruźlicy. Wniosek utworzenia stałego komitetu dla badania sprawy gruźlicy i dla walki z gruźlicą. (Wnioskodawca Dr. Janiszewski).

IV. Klimatoterapia gruźlicy. Sanatorya. Organizacya walki z gruźlicą.

13) Dr. Dunin (Warszawa) ze współudziałem Dr. Sterlinga (Łódź) i dr. Wrońskiego (Otwock). Sanatorya dla suchotników.

14) Dr. Janiszewski (Zakopane). Organizacya walki z gruźlicą w Galicyi.

15) Dr. Dłuski (Zakopane). Sanatorya dla zamożnych i średnio zamożnych.

16) Dr. A. Jaruntowski (Poznań) (za pośrednictwem dr. A. Karwowskiego). Organizacya walki z gruźlicą i sanatorya w W. ks. Poznańskiem.

Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Treść wszystkich poszczególnych elaboratów, stanowiących podstawę referatów głównych, ogłoszona będzie wraz z nazwiskami autorów w skróceniu w „Dzienniku Zjazdu", a nadto dołoży się wszelkich starań, aby elaboraty te mogły po Zjeździe w całości być ogłoszone drukiem, ile możności w postaci oddzielnego wydawnictwa. Gdyby zaś wydanie takiego odrębnego pamiętnika okazało się niemożliwe, wówczas zdążać się będzie do ogłoszenia wszystkich elaboratów bądź w prasie lekarskiej, bądź też, o ile nadawałyby się do spopularyzowania, w oddzielnych broszurach.

Dr. M. Kirkor Sekretarz — *Prof. Dr. N. Cybulski* Gospodarz posiedzenia.

W dalszym ciągu zgłoszono:

— W sekcyi XIII. 13). Dr. F. Skusiewicz (Łódź): Praktyczne ułatwienia przy badaniach moczu. (Badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego). (223)

— W sekcyi XIV. A. 49) Dr. L. Szuman (Toruń): Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. (224)

— W sekcyi XVI. 9) Dr. E. Borzęcki (Kraków) »*Syphilis d'emblée*«. (225)

— W sekcyi XVIII. 6) Dr. A. Bednarski (Lwów) (Tytuł podany będzie później). (227)

7) Dr. K. W. Majewski (Kraków): O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy. (226)

Nadto temat obrad V.: „Ciała obce w oku i technika ich wydobywania". — Sprawozdawca Dr. Bednarski (Lwów)

— W sekcyi XX: Dr. Gantkowski (Witkowo w Poznańskiem): „Ogólny pogląd na partactwo w lecznictwie czasów obecnych, oraz na środki i sposoby, prowadzące do zwalczania tegoż". (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XXI. Na to wspólne posiedzenie przeznaczony także wykład [103] Dr. Fronczaka).

— W sekcyi XXI. 17—18) Dr. fil. B. Orzechowski (Łódź): a) „Praktyczne sposoby określania soli i wody w maśle (badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego)". b) „Łatwy sposób oddzielania i oznaczania cukru mlecznego w mleku (z tejże pracowni)". (229—230)

19—20) Dr. St. Serkowski (Łódź) a) „Przenoszenie i rozprzestrzenianie się bakteryi z ubrania i przez podawanie rąk. (badania doświadczalne)" b) „Mleko w Łodzi (bad. doświadczalne)". (231—232)

Komitet gospodarczy IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uprasza wszystkich, pragnących uczestniczyć w Zjeździe, o zgłaszanie swego udziału bez względu na to, czy doszło ich osobne zawiadomienie o Zjeździe lub nie. Pomimo bowiem starań komitetu mogło się zdarzyć, że zawiadomienia te, dołączone do czasopism naukowych, otrzymali nie wszyscy interesowani, odrębnych zaś osobistych zaproszeń na Zjazd komitet nie rozsyła.

Komitet uprasza polską prasę codzienną o łaskawe powtórzenie niniejszego wyjaśnienia.

Prof. Dr. St. Ciechanowski.
sekretarz Komitetu (Kraków Wielopole, 4)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 maja.

We środę 9 b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak, na którem kol. Nartowski wykładał „O fizyologicznem i leczniczem działaniu światła", oraz „O działaniu leczniczem światła elektrycznego". Dyskusyi nie było. Następne posiedzenie odbędzie się dnia 16 maja.

* Warszawskie „Zdrowie" staje się organem warsz. Tow. higienicznego. Redaktorem obrano Dr. Władysława Janowskiego.

* Nowy szpital izraelicki w Warszawie na 500 chorych, pomieszczonych w 7 pawilonach, ma kosztować 1,040 000 rubli

* Uniwersytet warszawski liczy wśród 1127 słuchaczy 360 na wydziale lekarskim, do czego należy doliczyć 82 słuchaczy farmacyi i 21 wolnych słuchaczy.

* Zjazd w Neapolu, w sprawie zwalczania gruźlicy, zamykając swe obrady wybrał międzynarodowy komitet, którego zadaniem będzie utworzyć »powszechny związek« dla walki z gruźlicą Komitet składa się z przedstawicieli 3 narodów, które pierwsze zajęły się sprawą gruźlicy, wybrani zaś zostali: ks. v. Ratibor (Niemcy), Prof. Lannelongue (Francya) i minister Baccelli (Włochy). Miejsca przyszłego zjazdu — nie oznaczono.

* 8 zjazd międzynarodowy w sprawie alkoholizmu odbędzie się w r. 1901 w Wiedniu. Wydziałowi gospodarczemu przewodniczy Prof. M. Gruber.

* Pruskie ministerstwo oświaty z pomocą izb lekarskich zarządziło jednodniowy spis chorych na choroby weneryczne zapomocą rozesłania zapytań do lekarzy, aby stwierdzić dokładniej rozprzestrzenienie się tych chorób w Prusach.

* Prof. Kitasato, dzielący się z Yersinem zasługą odkrycia prątka dżumy, utrzymuje, że obecnie odkrył drugi prątek, wywołujący podobną chorobę, w czem leżałoby wyjaśnienie, dlaczego surowica Yersinowska nie zawsze skutkuje, a zarazem nadzieja wytworzenia drugiej surowicy, użytecznej tam, gdzie pierwsza zawodzi.

* Prasa lekarska niemiecka słusznie oburza się na drożyznę mieszkań, przygotowanych przez komitet paryskiego międzynarodowego Zjazdu lek. dla uczestników; w zbiorowych bowiem kwaterach w salach szkolnych ma się płacić po $5^1/_2$ franka za noc.

Mianowani: w Lille prof. higieny Surmont profesorem patologii wewnętrznej i doświadczalnej.

Zmarli: w Giessen b. dyrektor kliniki chirurgicznej, prof. H. Bose, l. 60; w Kijowie Dr. Stanisław Witkowski, l. 40; w Wiedniu prof. Rudolf R. v. Limbeck, prymaryusz szpitala Rudolfa, znany z prac w zakresie hematologii i chorób przemiany materyi, licząc zaledwie 39 l.

Redakcya otrzymała: Dwudzieste siódme sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wraz ze sprawozdaniami szpitala św. Ludwika i kolonii leczniczej w Rabce za r. 1899. Kraków 1900.— Dr. M. Switalski: Sind starke Hautreize im Stande, Gewebsveränderungen im Rückenmark hervorzurufen? Odb. »Zeitschr. f. Electrotherapie« Coblenz. 1900.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 18. L Popielski: Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki. Prof. Zabłudowski: Przyczynek do leczenia niemocy męskiej (dok.) Fr. Neugebauer: Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie (c.d). *Medycyna* Nr. 18; J. Steinhaus: O glejaku siatkówki. J. Rosenthal: Opis przypadków, operowanych w oddz. ginek. szpit. starozakonnych w Warszawie w. r. 1898/9 (c. d.). *Kronika lekarska* Zesz. 8 W. Giedgowd: Przypadek sinicy miejscowej. *Nowiny lekarskie* Zesz. 9. Wróblewski: Morbus maculosus Werlhofii. *Postęp okulistyczny*, kwiecień: K. Brudzewski: Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka. J. Talko: Wągr oka w Polsce *Przegląd dentystyczny* N. 4 A. Wachsman: O lutowaniu w azbeście. C. Zboril: Porcelana i emalia w dentystyce A. Troczewski (przedruk z „Czasop lek.").

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę, dnia 16 maja, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy (Collegium physicum).* Porządek dzienny: Dyrektor Wdowiszewski: „O usuwaniu nieczystości miejskich".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1504.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem obsadzenia posady lekarza okręgowego Stanisławów II. z siedzibą w Knihininie wsi rozpisuje Wydział powiatowy konkurs odnośnie do postanowień §§ 4 i 5 ust. z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kr. i § 8 rozporządzenia wykonawczego do tejże l. 82 dz. u. kr.

Chcący ubiegać się o tę posadę, mają prócz dostatecznej fizycznej zdatności przedłożyć Wydziałowi powiatowemu w terminie nieprzekraczalnym do dni 30 od dnia ogłoszenia w Gazecie podanie i wykazać w takowem:

1) że posiadają obywatelstwo austryackie;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) nieskazitelny charakter;
4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Wymieniony okręg sanitarny składać się będzie z 15 gmin na obszarze 175·6 kilometrów kwadrat., i 18.942 mieszkańców.

Do tej posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr. tudzież 300 złr. jako ryczałt na koszta podróży służbowych, nadto zamianować się mający lekarz okręgowy ma utrzymywać aptekę domową.

Po upływie roku posada ta będzie stale nadaną. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Wydział powiatowy

W Stanisławowie, dnia 30 kwietnia 1900.